Rok XLVI. Kraków, dnia 2. lutego 1907. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Myxoedema fruste (Hypoplasia gl. thyreoideae, nervi sympathici ac tractus genitalis)

opisał

prym. dr A. Krokiewicz.

(Z ryciną.)

Działanie gruczołu tarczowego nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione ani w fizyologii, ani w patologii. Świadczy o tem wymownie dyskusya na 23. kongresie dla medycyny wewnętrznej, odbytym w Monachium w ostatnich dniach kwietnia 1906 r. Blum (»Neues zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse«) na podstawie rozlicznych badań uważa gruczoł tarczowy za narząd ochronny, zwłaszcza dla ośrodków nerwowych, a nie za narząd wydzielniczy. Według niego zadaniem gruczołu tarczowego jest pochwytywanie jadów, krążących we krwi i niweczenie tychże pośród komórek gruczołowych. Jady te wytwarzają się w przewodzie pokarmowym, t. j. w żołądku i kiszkach przez rozkład pokarmów (enterotoksyny) i następnie przedostają się do krwiobiegu, — a tem samem i do gruczołu tarczowego. W gruczole tarczowym zostają one uwięzione i ulegają wskutek spraw utleniania (najprawdopodobniej wskutek jodyzowania) zniszczeniu i jako wydaliny nieszkodliwe opuszczają gruczoł. Również stwierdzono, że zawartość białkowata komórek gruczołu tarczowego ma silne powinowactwo do jodu i tworzy z nim ścisły związek tak, iż jod organiczny, wprowadzony do gruczołu tarczowego, już z niego się nie wydziela.

Jeśli czynność gruczołu tarczowego zupełnie wygasa (zwyrodnienie, całkowite wyłuszczenie), to przychodzi do zatrucia ustroju enterotoksynami i w następstwie do tężyczki, chorób umysłowych, zapalenia nerek, charłactwa i obrzęku śluzowatego *(myxoedema)*. W przypadkach, w których enterotoksyny zostają wprawdzie jeszcze uwięzione przez komórki gruczołu tarczowego, ale nie ulegają zupełnemu zniszczeniu, zniweczeniu, wytwarza się stan chorobowy, zwany *»thyreoidismus«* jak to dzieje się n. p. w chorobie Basedowa, polegającej według Bluma na niedomodze gruczołu tarczowego. Ten stan wytwarza się też jako następstwo wprowadzenia treści gruczołu tarczowego do ustroju, jak i po podwiązaniu naczyń odwodzących krwionośnych i limfatycznych gruczołu tarczowego.

Obok właściwego gruczołu tarczowego istnieją i dodatkowe gruczoły t. zw. *gl. parathyreoideae*, które stanowią zawiązki gruczołu tarczowego z życia płodowego. Dopóki te gruczoły dodatkowe istnieją — a wogóle w przypadkach, gdzie istnieją — nie przychodzi do tężyczki; występuje ona dopiero po zniszczeniu dodatkowych gruczołów tarczowych.

Kocher, omawiając zmiany chorobowe przy zaburzeniach w czynności gruczołu tarczowego, rozróżnia dwie kategorye: 1) zmiany wskutek braku gruczołu (t. zw. »thyreoprive«), 2) tyreotoksyczne. Pierwsze powstają, skoro częściowo lub całkowicie zostanie wyłuszczony gruczoł tarczowy, a więc gdy czynność gruczołu tarczowego w części lub w całości zostanie zniesioną. W przypadkach tych należy odróżnić, czy cały gruczoł tarczowy został usunięty, bo wtedy wytwarza się: *cachexia strumipriva* — czy też i gruczoły dodatkowe, co objawia się zatruciem, jako *tetania parathyreopriva*. Tak przy *cachexia thyreopriva* jak i *c. parathyreopriva* występuje stan niedomogi gruczołu tarczowego t. j. tak zwany *»hypothyreosis«*. Tu należą początkowe łagodne objawy i późniejsze degeneracyjne (matołectwo, *cretinismus*), tudzież t, zw. równoważniki *(»thyreoprive Aequivalente«)* jak nerwice, padaczka, zaburzenia rozwojowe.

Druga kategorya (tyreotoksyczne) zaburzeń gruczołu tarczowego jest następstwem wzmożonej czynności gruczołu tarczowego i występuje pod postacią ostrego zatrucia lub też przewlekłe nieprawidłowej przemiany materyi w ustroju. Dalsze badania mogą rozstrzygnąć, o ile te zaburzenia należy ująć nazwą *»hyperthyreosis«* lub *dysthyreosis«*. I tu trzeba należycie ocenić okresy początkowe: serce wolowate Krausego (Kropfherz) i pewne psychozy.

Hönnicke w Gryfii dowiódł doświadczalnie, iż wszystkie objawy choroby Basedowa wywołane są przepełnieniem ustroju nadmierną ilością prawidłowej zresztą wydzieliny gruczołu tarczowego. Do tej przyczyny odnosi on i powstawanie zmięknienia kości (osteomalacyi), przy której często występuje wól, a która często i w następstwie choroby Basedowa się rozwija.

W roku 1906 miałem sposobność spostrzegania klinicznego na moim oddziale przypadku, w którym ujawniły się niezwykłe objawy chorobowe w następstwie zaburzeń w czynności gruczołu tarczowego. Przypadek, który zakończył się śmiercią, przedstawia się następująco:

Józefa J...., licząca lat 16, została przyjęta na oddział chorób wewnętrznych na dniu 6. marca b. r. Według wywiadów pochodzi z rodziny zdrowej, nie obciążonej chorobami nerwowemi lub umysłowemi. Rodzice jej żyją, są zdrowi; oboje mają gruczoł tarczykowy prawidłowo rozwinięty. Ojciec, z zawodu górnik, dobrze zbudowany, miał w ostatnich czasach napijać; matka wątłej budowy. Rodzeństwa nie miała.

Chora do lat 14 była zdrową; ukończyła 4 klasy szkoły ludowej w Podgórzu pod Krakowem, a następnie jedną klasę wydziałową w Ostrawie morawskiej z postępem bardzo dobrym. Pod koniec 13. roku życia zaprzestała nauki i pracowała w kopalni przez dwa lata; od 5 miesięcy jest zupełnie do pracy niezdolną.

W 14 roku życia zaczęła miesiączkować· miesiączkowała skąpo i wśród boleści zaledwie tylko trzy razy; odtąd rozpoczyna się jej stan chorobowy. Ustanie miesiączkowania odnosi chora do podźwigania się w szybie, przez co miała doznać naówczas silnego »pęknięcia« w krzyżach.

Choroba jej rozwijała się powoli: rozpocząć się miała trudniejszym i niepewniejszym chodem z powodu bolu »przez pół«, a równocześnie chudnięciem nóg, a grubieniem twarzy, karku, górnej części tułowia, ogólnem osłabieniem, rychłem męczeniem się przy wykonywaniu wszelkiej pracy fizycznej, tępieniem powolnem pamięci, wypadaniem włosów na głowie. Oddawanie moczu i stolca było zawsze prawidłowe; sen i apetyt zawsze dobry.

Badanie chorej na dniu 7/III. stwierdziło stan następujący:

Osobnik wzrostu małego: długość ciała wynosi 138 cm. Górna część tułowia, t. j. głowa, szyja, klatka piersiowa, kończyny górne znacznie silniej rozwinięte, niż dolna część tułowia; zwłaszcza nogi są stosunkowo dość cienkie.

Obwód głowy w wysokości czoła wynosi	56 cm.
» szyi	40 »
» klatki piersiowej w wysokości barków . . .	88 »
» » » powyżej sutków	87 »
» » » w wysokości sutków . . .	88·5 »
» brzucha w wysokości pępka	91 »
Długość kończyn górnych	66 »
» » dolnych	75 »
Obwód ramion w wys. przyczepu mięśnia naramiennego	26 »
» przedramienia ponad stawem nadgarstkowym .	15 »
» ud w wysokości pachwin	47 »
» kończyny w kolanie	33 »
» kończyny w kostce	22 »

Skóra na twarzy, zwłaszcza na policzkach, tudzież na kończynach dolnych ma zabarwienie sinawoczerwone, jakby marmurkowe z powodu siatki rozszerzonych drobnych naczyń włosowatych. Oprócz tego marmurkowego zabarwienia widoczne są na skórze liczne pręgi i smugi sinoczerwone, które wszędzie ułożeniem swojem wykazują niezwykłą symetryę po obu stronach ciała. Smugi te przebiegają na zewnętrznej i tylnej stronie kończyn górnych i dolnych równolegle poprzecznie (toż samo i na wewnętrznej stronie kończyn dolnych); na klatce piersiowej z przodu w okolicy stawu barkowego prawego i gruczołów sutkowych mają ułożenie promieniste; w okolicach pachwinowych przybierają ułożenie wielopalczaste, przyczem odnosi się wrażenie, jakby one z jednego punktu niejako wychodziły i zdążały w głównej części ku górze t. j. w dolnej części podbrzusza ku pępkowi, a mniej ku dołowi t. j. w górną część przedniej powierzchni uda; na grzbiecie w okolicy 5—6. kręgu i w pasze lewej tworzą one gwiazdę, a na dolnej części klatki piersiowej i wzdłuż lędźwi i pośladków pasma równoległe, sięgające do linii łopatkowej *(l. scapularis)*. Smugi te są różnej szerokości i długości; najbardziej wykształcone są w okolicach pachwinowych, bo dochodzą 5—8 mm. szerokości a 8 cm. długości; wszystkie kończą się mniej lub więcej ostro — i przypominają rozstępy u ciężarnych kobiet ogólnem wejrzeniem, ale nie ułożeniem.

Tkanka podskórna, tłuszczowa na twarzy, szyi, klatce piersiowej i kończynach górnych dość znacznie rozwinięta, zwłaszcza na karku; nieznacznie utrzymana na powłokach brzusznych i pośladkach, a słabo rozwinięta na kończynach dolnych. Kończyny górne i dolne chłodne. Ciepłota ciała rano 36·2 stopni C. Waga ciała 49 kg.

Głowa nieproporcyonalnie wielka stosunkowo do tułowia; czoło nizkie. Kości czaszki nie okazują nieprawidłowych zgrubień, bolesne za uciskiem. Kręgosłup nieznacznie łukowato wygięty ku tyłowi. Mostek za uciskiem bolesny. Chód nieco utrudniony, niepewny; chora przy chodzeniu podaje się naprzód. Porost włosów na głowie i na wzgórku łonowym słaby: na głowie w wielu miejscach prześwieca łysina. Na szyi nie można wyczuć gruczołu tarczowego.

Budowa klatki piersiowej prawidłowa; brak zmian krzywiczych. Odgłos wypukowy na klatce piersiowej wszędzie jawnobębenkowy; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami i furczeniami. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej na 6 żebrze, a lewego na 4. żebrze; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej na 11. żebrze ruchoma. Liczba oddechów 28. Serce nieznacznie na poprzek powiększone; przekracza na prawo linię przymostkową lewą; uderzenie koniuszkowe niewyczuwalne. Tony serca głuche; tętnice obwodowe wązkie; tętno przyspieszone, regularne, drobne, 104. Brzuch miernie wzdęty; w jelitach mierna ilość gazów i kału. Wątroba prawidłowa; śledziona (wypukiem) powiększona. Apetyt dobry; oddawanie moczu i stolca prawidłowe.

Chora apatyczna; na pytania odpowiada zwolna wskutek rychłego nużenia się; gałki oczne prawidłowo ułożone; źrenice oddziaływają prawidłowo na światło i zbieżność. Odruchy skórne, ścięgniste (kolanowe) zmniejszone; drżenie rąk. Czucie dotyku, bolu — prawidłowe. Pobudliwości na prąd elektryczny nie badano. Sen dobry; brak bolu głowy.

Badanie moczu, dokonane w zakładzie chemii patologicznej Uniw. Jag. przez prof. Stopczańskiego stwierdziło: ilość moczu na dobę 960 gm., barwa wodojasna, oddziaływanie kwaśne, c. g. 1·010, osad w ilości zwiększonej, urochrom zmniejszony, indoxyl zwiększony, mocznik zmniejszony, kwas moczowy zmniejszony, chlorki prawidłowe, fosforany ziem. prawidłowe, fosforany potasowców zwiększone, siarkany zwiększone. Białka nader mała ilość (0·009%). W osadzie obok zwiększonej ilości śluzu — dość częste leukocyty, liczne kryształki fosforanu wapniowego zasadowego (kostnego). Odczyny na hemialbumozy Bence-Jonesa były ujemne (C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Leczenie następowe w pierwszych dniach ogranicza się do zmiany tamponów z gazy i do ewentualnego przepłukiwania pęcherza. Opatrunek zmieniamy pierwszy raz w kilka dni po operacyi (na 5—6 dzień). Czasami jednak dosyć silne krwawienie lub znaczniejsze zakażenie zmusza do wcześniejszej zmiany opatrunku, niekiedy nawet bardzo prędko po operacyi. Krwotok miąższowy, prawie zawsze dosyć obfity, ustaje rychło pod wpływem tamponady. Wewnętrznie podajemy chorym urotropinę tak w celach zapobiegawczych, jak i leczniczych. Szwy usuwamy nie wcześniej, jak po upływie 2—2½ tygodni; należy przytem dobrze pamiętać, ile szwów założono i w którą stronę skręcano drut. Usunięcie drutów bywa czasami dosyć trudne ze względu na to, że obrastają one nowoutworzoną tkanką, trzeba jednak zawsze usunąć je w całości, albowiem najmniejsza ich cząstka, pozostawiona w bliznie, wywołać może sprawę zapalną i nawrót zwężenia.

Po wyjęciu szwów cewnik, wyprowadzony do tego czasu przez ranę uretrotomijną, zmieniamy na inny, który wprowadzamy do pęcherza przez zewnętrzne ujście cewki i pozostawiamy go ponownie na stałe aż do zagojenia się przetoki, pozostałej na dolnej ścianie cewki. Przetoka ta goi się dosyć rychło, w przypadkach niepowikłanych mniej więcej w ciągu miesiąca. Po zagojeniu się przetoki usuwamy zupełnie cewnik, a polecamy wprowadzać co pewien czas zgłębniki, rozszerzające cewkę, w celu utrzymania rozmiarów jej światła na pewnym stopniu, niezbędnym dla prawidłowego opróżnienia pęcherza.

We wszystkich przypadkach operowanych wynik rozszerzenia cewki zawsze był zadowalniający, albowiem zgłębniki Nr 22—24 udawało się przeprowadzać bez trudności.

Kilku chorych, jak Nr 2, 3, 4, badaliśmy po upływie około roku po operacyi i w przypadkach tych cewka okazała się dostatecznie szeroką, ażeby przepuścić zgłębnik Nr 20. U chorego Nr 4, któremu kilkakrotnie po jego ponownem zgłoszeniu się do kliniki wprowadzaliśmy metalowe zgłębniki, już po upływie tygodnia można było wprowadzić zgłębnik Nr 24.

Po wycięciu zwężenia możemy dzięki elastyczności cewki prawie zawsze zeszyć brzegi rany cewki. Pod tym względem wycięcie nawet 5 ctm. cewki przeważnie jeszcze nie przeszkadza należytemu zbliżeniu jej odcinków. W takich przypadkach, w których światło cewki na większej przestrzeni uległo zniekształtnieniu lub zarosło, zmuszeni jesteśmy stosować różne sposoby operowania plastycznego, lub zeszywamy poprostu otaczające cewkę tkanki ponad cewnikiem. Zeszywając ponad cewnikiem pozostawiamy cewnik na stałe tak długo, aż nasuwający się nabłonek od strony obydwóch odcinków cewki, odśrodkowego i dośrodkowego, pokryje wzdłuż cewnika całą nowoutworzoną część cewki.

Wśród przypadków, operowanych przez prof. Kadera, dwa były takie, w których o połączeniu dośrodkowego odcinka cewki z odśrodkowym nie można było i myśleć. W jednym z nich cewka wskutek długotrwałych spraw zapalnych, wywołanych znaczną stulejką i pod wpływem zakażenia tryprowego, które się później przyłączyło na całej prawie długości swej przedniej części była zarośnięta tak, że w czasie operacyi nawet najcieńszego nitkowatego zgłębnika nie udało się przeprowadzić, ani od strony zewnętrznego ujścia cewki w głąb, ani też od strony opuszki ku zewnątrz. Mocz wydzielał się tylko kroplami, przeważnie jednak przez powstałe w okolicy nasady moszny przetoki. Drugi przypadek dotyczył robotnika, pracującego w kopalniach węgla w Ameryce, u którego wskutek zgniecenia pomiędzy wózkami, napełnionymi węglem, powstały tak ciężkie uszkodzenia części błoniastej cewki, że już po upływie paru miesięcy wystąpiły objawy bardzo znacznego zwężenia, a po kilku latach, kiedy się ten chory zwrócił po poradę do kliniki krakowskiej, mocz oddawał tylko kroplami w części drogą przyrodzoną, przeważnie jednak kilku przetokami, które się wytworzyły w okolicy krocza. Przy operacyi okazało się, że cała część błoniasta cewki przedstawia jedną bliznę, poprzerzynaną wązkiemi przetokami. Blizna ta była do tego stopnia zbita i pozbawiona jakiegokolwiek środkowego kanału, któryby odpowiadał cewce, że przejścia do pęcherza od strony cewki nie udało się odszukać. Prof. Kader wykonał tedy cięcie nadłonowe pęcherza i wprowadził cewnik od strony pęcherza. W obydwóch przypadkach zamiast plastycznego pokrycia ubytków cewki wytworzył ją prof. Kader wkoło Nelatonowskiego cewnika, założonego na stałe, z tkanki, otaczającej zbliznowaciałą dawniejszą cewkę. W przypadku nr 5, w którym zwężenie powstało jako następstwo stulejki, powikłanej tryprem, nowy kanał przebito wśród blizn, powstałych w miejscu dawniejszej cewki i przez niego przeprowadzono elastyczny cewnik Nelatonowski. W drugim przypadku, w którym zbliznowaceniu uległa część błoniasta cewki, wycięto blizny na przestrzeni od opuszki aż do gruczołu krokowego, a miękkie części otaczające zeszyto ponad cewnikiem Nelatonowskim, wprowadzonym do pęcherza na stałe. W obu tych przypadkach pozostawiono cewnik w nowoutworzonej cewce dopóty (4 i 6
narastający wzdłuż niego od strony zdrowych
nabłonek pokrył całą nowoutworzoną cewkę.

Przytoczone powyżej spostrzeżenia dow
jącej istotnie zdolności odrodczej nabłonka
ta, jeszcze nowa, znajduje swoje uzasadnien
czeniach Ingianniego, który psom wycina
i mniejsze kawałki cewki, dochodzące nawet do 14 c
a następnie tworząc nową cewkę z części miękkich krocza, stwierdzał nietylko powstawanie nowej śluzówki, ale nawet ciała gąbczastego. Nie odradzały się jedynie tylko włókna mięsne.

Wyżej wspomnieliśmy, że w przypadkach, operowanych w klinice krakowskiej, pozostawianie przetoki w dolnej części cewki było prawidłem. Postępowanie takie nietylko było koniecznością, wywołaną zakładaniem szwów drucianych, ale i godną polecenia ostrożnością z innych względów, o których niżej. Nie ulega wątpliwości, że najpożądańszą postacią zabiegu byłoby utworzenie odrazu całego kanału cewki, zarówno górnej jej ściany, jak bocznych i dolnej. Zabieg ten, któryby się powinien nazywać idealnem wycięciem zwężenia *(stricturectomia idealis)*, wymaga jednak warunków, nigdy prawie nie spotykanych w zwężeniach organicznych daleko posuniętych. W tym okresie, w którym zwężenia bywają operowane, mamy do czynienia zawsze z towarzyszącem im zapaleniem pęcherza i z moczem, posiadającym znaczną zdolność zakażającą. W takich przypadkach jest rzeczą niemożliwą, nawet w razie pozostawienia cewnika na stałe, zapobiedz przy moczeniu zaciekaniu zakażonego moczu w przestrzeń pomiędzy cewnikiem a ścianą cewki lub raną operacyjną na niej. Od zakażenia w razach takich uchronić rany niepodobna i pierwszem zadaniem chirurga, starającego się usunąć niebezpieczeństwo t. zw. nacieku moczowego, jest zapewnienie swobodnego odpływu zarówno dla wnikającego tu zakażonego moczu, jak i dla mogącego się w tem miejscu tworzyć zapalnego wysięku.

Warunki, odpowiednie dla wykonania idealnego wycięcia cewki, mogą się zdarzyć przy świeżych uszkodzeniach cewki, zaraz po urazie lub przynajmniej w bardzo krótkim, parogodzinnym czasie po nim. W tych bowiem przypadkach ani mocz jeszcze nie ma własności zakaźnych, ani drobnoustroje, które wnikły czyto od wnętrza, czy z zewnątrz, nie zdążyły w ognisku urazowem wywołać znaczniejszych zmian zakaźnych.

Sądzę, że częściowe wycięcie cewki przy częściowem tylko zwężeniu, lub wycięcie cewki przy zwężeniach okrężnych, wykonane w czasie prawidłowej czynności pęcherza, której nie towarzyszą żadne chorobowe zmiany w moczu, mogłyby być również wykonane bez pozostawiania przetoki na dolnej ścianie cewki.

Historye chorób (w skróceniu).

1. Chory J. J., l. 50, 1900/1, Nr 216. *Strictura urethrae in parte bulbosa.* Przed 27 laty przebył trypra; innych chorób nie przebywał. Od pół roku trudność w oddawaniu moczu, połączona z coraz uciążliwszem parciem. W czasie zgłoszenia się do kliniki oddaje już mocz tylko kroplami z wysiłkiem i bolem. Zgłębnik nitkowaty zatrzymuje się w opuszkowej części cewki. 24/V. Stricturektomia w znieczuleniu lędźwiowem; górną ścianę zeszyto 3 drucianymi szwami, cewnik na stałe do pęcherza przez otwór uretromijny. Mniejwięcej w 3 tygodnie po operacyi wy-

[illegible] cewnik Nr 21 (Charrière) przechodzi łatwo. 8/VII. [illegible] dolnej ścianie cewki zamknięta.

[illegible] P. T., l. 53, 1905/6, Nr 175. *Strictura urethrae* [illegible]*a.* Chory przeczy, żeby kiedykolwiek przechodził [illegible] żadnego w okolicy cewki nie doznał. Pierwszy [illegible] pęcherza z następowemi trudnościami w odda- [illegible] wypiciu znacznej ilości wódki (!) przed 18 laty. [illegible] wówczas rozcięcie cewki od zewnątrz: znaczne [illegible] Od sześciu tygodni mocz przy oddaniu odchodzi [illegible] kroplami. Objawy zapalenia pęcherza. W opuszkowej [illegible]ści cewki zwężenie, nie przepuszczające zgłębnika nitkowatego. 2/III. W znieczuleniu lędźwiowem stricturektomia. 18/III wyjęcie szwów. 16/IV. Rana zewnętrzna zagojona. Nr 26 cewnika Nelatonowskiego przechodzi łatwo. 10/X. W odpowiedzi na przesłane zapytanie podaje chory, że oddaje mocz łatwo, strumieniem, bez bolu i czysty.

3. Chory J. S., l. 28, 1904/5, Nr 132. *Strictura urethrae traumatica.* Dziewięć lat temu został zgnieciony pomiędzy wózkami górniczymi: z przodu ponad spojeniem łonowem i z tyłu w krzyżu. Chory nie mógł stać. Tegoż dnia pojawiło się zatrzymanie moczu. Chorego cewnikowano, poczem odchodził mocz, zabarwiony krwawo. W sześć tygodni potem chory oddawał mocz tylko kroplami z wielkim wysiłkiem. Po upływie 2 miesięcy od wypadku pojawiło się jednorazowe zatrzymanie moczu, z powodu którego dokonano jednorazowego nakłucia pęcherza. W pół roku później na kroczu i w okolicy odbytu potworzyły się przetoki moczowe; niektóre z nich się zamknęły. Przez inne mocz odchodzi dotychczas. Stan miejscowy po przyjęciu chorego do kliniki: przez cewkę i otwory przetok mocz sączy się kroplami, czasem zupełnie niezależnie od woli chorego. Przy badaniu wypukiem: pęcherz wypełniony, średnio rozciągnięty; okolica ponad spojeniem łonowem na ucisk wrażliwa. Na kroczu i w odległości 3 ctm. od odbytu 5 otworów niewielkich, przez które sączy się mocz. Do pęcherza nie udało się przeprowadzić ani przez cewkę, ani przez przetoki nawet najcieńszego zgłębnika. 24/III operacya w znieczuleniu lędźwiowem i chloroform. Cewkę na kroczu otwarto, przejścia jednak do pęcherza nie znaleziono. Wykonano cięcie nadłonowe i od strony pęcherza przeprowadzono cewnik do otworu uretrotomijnego. Blizny, znajdujące się w miejscu błoniastej części cewki, wycięto. Założono cewnik na stałe; koło niego tkankę na przestrzeni części błoniastej cewki zeszyto katgutem. Ranę uretrotomijną wypełniono gazą przeciwgnilną. Ranę po cięciu nadłonowem w znacznej części zeszyto, częściowo wytamponowano. Przebieg pooperacyjny gładki. 14/IV, Rana po cięciu nadłonowem zgojona. Cewnik Nr 20 (Charrière) przeprowadzono do pęcherza z łatwością przez zewnętrzne ujście cewki. 4/VI. Rana po uretrotomii zamknęła się, mocz tamtędy nie przechodzi. Przetoki zgoiły się. Cewnik Nr 20 pozostawiono choremu na stałe i polecono nosić aż do ponownego otwarcia kliniki. (Chory z powodu feryi letnich, kiedy klinika jest nieczynna, musiał udać się do domu). 15/IX. Chory ponownie zgłosił się do kliniki, gdzie mu cewnik wyjęto i wprowadzano tylko co pewien czas w ciągu trzech tygodni. Cewka stała się nieco szersza. Chory oddaje mocz czysty, bez bolów. Opuszcza klinikę bez cewnika z poleceniem, ażeby co kilka miesięcy poddawał się badaniu cewki i rozszerzaniu jej, jeżeliby tego zaszła potrzeba.

4. Chory A. W., l. 33, 1904/5, Nr 223. *Strictura urethrae traumatica in parte bulbosa.* Nigdy nie chorował. Przed 4 miesiącami wpadł do kanału, przechodząc po desce, która obsunęła się za nim i uderzyła go w krocze. Wnet pojawiło się silne krwawienie z zewnętrznego ujścia cewki; rany zewnętrznej nie było. W miesiąc po wypadku strumień moczu stał się znacznie cieńszy i chory zaczął przy oddawaniu moczu uczuwać ból w cewce w miejscu stłuczenia. Ponieważ strumień moczu stawał się coraz cieńszy, a oddawanie moczu coraz trudniejsze, chory zgłosił się do kliniki chirurgicznej. W opuszkowej części cewki znajdują się dwa zwężenia, pierwsze przepuszcza zgłębnik Nr 14, drugie Nr 7 (Charrière). Pewnego dnia wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu; w letniej kąpieli mocz odszedł kroplami. 6/VI. Stricturektomia w znieczuleniu lędźwiowem. Wycięto obydwa zwężenia z częścią cewki, leżącą pomiędzy niemi, długości około 5 ctm. Cewnik na stałe. 26/VI. Wyjęcie szwów. 10/VII. Rana na kroczu moczu nie przepuszcza. Cewnik Nelatona Nr 30 przechodzi łatwo. Chory oddaje mocz swobodnie strumieniem. Uczucie nieznacznego bolu w miejscu blizny. Chorego tego mieliśmy sposobność dozorować w ciągu całego roku po operacyi. Przy pierwszem zgłoszeniu się w pół roku po operacyi cewka przepuszczała cewnik Nr 20 skali Charrièra. Co pewien czas chory się zgłaszał w celu zgłębnikowania cewki, która też zachowała szerokość, przepuszczającą Nr 24 Charrièra.

5. Chory J. Z., l. 24, 1800, Nr 18. *Phimosis, strictura urethrae, fistulae urethrales.* Stulejkę stwierdzono w dzieciństwie. Do 18. roku życia nie chorował. W 18. r. ż. strumień moczu stawał się coraz cieńszym i chory musiał używać znacznego wysiłku. Objawy te z każdym rokiem się pogarszały, otwór napletkowy widocznie się zwęził, mocz zaczął odchodzić tylko kroplami. Przed 2 laty u nasady worka mosznowego po stronie lewej powstała przetoka ropno-moczowa, w rok zaś później mniejwięcej w symetrycznem miejscu trzy przetoki po stronie prawej. W ostatnich czasach przemijające napady silnego parcia na mocz, którym ma towarzyszyć gorączka. Otwór napletka wielkości główki od szpilki. W wydzielinie cewki oprócz innych drobnoustrojów dwoinki Neissera. 22/VI. Operacya stulejki sposobem **Rosera**. Podczas operacyi przekonano się, że cewka prawie od samego ujścia zewnętrznego jest niedrożna, nawet dla nitkowatego zgłębnika. 7/VII. Operacya zwężenia: rozcięcie cewki od zewnątrz w części opuszkowej; przednia część cewki nie daje się zgłębnikować ani przez otwór uretrotomijny ku ujściu zewnętrznemu, ani też w odwrotnym kierunku. Wśród blizn, w które się zmienił kanał przedniej części cewki, grubym trójgrańcem przebito drogę, łączącą ujście zewnętrzne z raną uretrotomijną, poczem stopniowo udało się przeprowadzić gruby cewnik Nelatona. Przez ranę uretrotomijną drugi cewnik Nelatona do pęcherza. 27/VII. Zamiast dwóch cewników założono jeden, który przeprowadzono od zewnętrznego ujścia cewki przez nowoutworzony kanał do pęcherza. W tym stanie chory z powodu zamknięcia kliniki na czas feryi letnich przeniesiony do szpitala św. Łazarza. 15/IX. Chory z cewnikiem, założonym na stałe, wrócił do kliniki. Kanał cewki po usunięciu cewnika okazał się wysłany błoną śluzową prawidłową. Na kroczu, zaraz poza moszną, przetoka moczowa, długości około 5 ctm. Zamknięto ją po dokonaniu operacyi plastycznej przy pomocy dwóch płatów skórnych, wziętych po obu stronach przetoki, odwiniętych na nią i zeszytych w linii środkowej.

6. Chory A. G., l. 6, 1900, Nr 33. *Fistula vesico-urethro-rectalis post trauma.* 16/VI. Wskutek nieszczęśliwego wypadku wbił sobie kołek w odbytnicę. W ciągu dwóch następnych dni mocz odchodził przez odbyt, później nastąpiło zatrzymanie moczu. 24/VI. Zatrzymanie moczu. Pęcherz wypełniony, sięga do pępka. Na przedniej ścianie kiszki prostej czuć ubytek tkanki. Cewnika do pęcherza żadną drogą, ani prawidłową, ani też przez ubytek w prostnicy nie udaje się przeprowadzić. Tegoż dnia cięcie nadłonowe i zewnętrzne rozcięcie cewki moczowej na kroczu. Założono od strony pęcherza cewnik, wyprowadzony przez zewnętrzne ujście cewki i osobny sączek do pęcherza, wyprowadzony przez powłoki brzuszne. W takim stanie silnie gorączkującego chorego przeniesiono na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza z powodu zamknięcia kliniki na czas wakacyi letnich.

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Ciąg dalszy.)

Otóż bardzo wiele przypadków, opisywanych jako nietypowe przypadki białaczki jest bardzo często postaciami przejściowemi, czy też może mieszanemi.

Dla dokładności muszę tu podnieść, że niektórzy badacze istotnie opisywali przypadki białaczki, które miały być postaciami pośredniemi czy też przejściowemi. I tak n. p. A. **Wolff** opisywał t. z. »Lymphoidzellenleukaemie«, która wedle niego zajmuje miejsce pośrednie między limfadenoidalną białaczką gruczołową **Ehrlicha-Pinkusa** a szpikową białaczką myeloidalną, bo polegać ma na wyłącznem bujaniu szpikowych limfocytów (Lymphoidzelle). Wobec tego jednak, że wejrzeniem limfocyt szpikowy (Lymphoidzelle) niczem się nie odróżnia od już zróżniczkowanego limfocyta w gruczole — różnica jest tylko czynnościowa[5]) — pojęcie »Lymphoidzellenleukaemie« opiera

[5]) Limfocyt jest postacią już dojrzałą i nie może się dalej różniczkować — zaś »Lymphoidzelle« różniczkując się przechodzi w postać zwaną myelocytem, a potem w komórki wielojądrzaste.

się w praktyce na wątłych podstawach. O ile zaś Wolff pisząc o tej chorobie opisuje limfocyty i jednojądrzaste leukocyty ziarniste, — to, ściśle rzecz biorąc, mówi o myelocytach.

Skoro, jak wspomniałem, niektórzy autorowie, ostro odgraniczali obie postacie białaczki, przecząc możliwości przechodzenia jednej postaci w drugą, musieli przecież jakoś tłómaczyć sobie fakt, że czasem białaczce limfadenoidalnej towarzyszy myelocytoza (myelocyty we krwi, dowód zajęcia tkanki myeloidalnej). Przypadki takie tłómaczył n. p. Pappenheim tak, że sprawie chorobowej limfadenoidalnej towarzyszy t. zw. »Reizungsmyelocytose« czyli podrażnienie tkanki myeloidalnej przez bujającą w szpiku tkankę limfadenoidalną. I takie zjawianie się myelocytów w krwi wśród białaczki limfadenoidalnej uważał Pappenheim za objaw podobny do zjawiania się myelocytów w krwi wśród przerzutów raka w szpiku (Frese, Kurpjuweit, Epstein, Hirschfeld, Israel-Leyden): podobnie i tu przerzutowe ogniska rakowe w szpiku drażnią otaczającą jeszcze nietkniętą tkankę szpikową, co się objawia we krwi myelocytozą.

Przyjęto już zatem dzisiaj, że ostre odgraniczenie białaczek nie da się nadal w duchu szkoły Ehrlichowskiej utrzymać, że zdarzają się przypadki nieprawidłowe. Opisano n. p. przypadki, w których był brak zarówno względnego, jak i bezwzględnego powiększenia ilości komórek eozynofilnych i bazofilnych i w których czasami nawet zupełnie tych komórek nie można było znaleźć, a mimo to musi się te przypadki zaliczyć na podstawie przebiegu, obrazu krwi i anatomicznych zmian w narządach krwiotwórczych do białaczki myeloidalnej. Cały szereg tych przypadków nieprawidłowych zebrał z 21 prac przeróżnych autorów Hans Hirschfeld w swem sprawozdaniu zbiorowem: »Über atypische Leukaemieen« (folia Haematolog. I. 1904, str. 150). Nietypowość tych przypadków polega nietylko na tem, że często w nich mało, a nawet i brak komórek eozynofilnych lub tucznych, ale i na tem, że bywają i liczby leukocytów mało co od prawidłowego stanu wyższe, a nawet i prawidłowe. Co jednak skłania nas do zaliczenia przypadków tych do grupy białaczki myeloidalnej, to stale towarzysząca im wysoka odsetka myelocytów. Inne przypadki w zestawieniu Hirschfelda, gdzie obok wybitnej limfemii znajdują się myelocyty liczne i liczne normo- i megaloblasty, przemawiają za możliwością istnienia nieprawidłowych postaci białaczki limfadenoidalnej.

Że przypadki takie nieprawidłowe są w istocie swej tą samą chorobą, co typowa białaczka (n. p. myeloidalna), byłoby wtedy napewno stwierdzonem, gdyby się udało znaleść wśród przebiegu typowych przypadków białaczki (myeloidalnej) zmiany w obrazie krwi w rodzaju postaci nietypowych. Takie spostrzeżenie dotąd znane jest jedno, podane przez Hirschfelda (l. c.), o ile nie uwzględnimy takichże zmian wśród typowej białaczki myeloidalnej, wywołanych czy to powikłaniem chorobą zakaźną, czy to działaniem promieni Roentgena, czy też zwolnieniem (*remissio*) samodzielnem.

Przypadek Hirschfelda był w streszczeniu następujący:

U chorego stwierdzono typowy kliniczny zbiór objawów myeloidalnej białaczki. Liczba komórek eozyno- i bazo-filnych większa, względnie i bezwzględnie. Chory po kilku tygodniach zgłasza się znowu po poradę w bardzo nędznym stanie, z objawami najcięższej niedokrwistości. W krwi były bardzo liczne normo- i megalo-blasty, myelocyty były w znacznej liczbie, natomiast komórki eozyno- i bazo-filne powoli zupełnie z krwi znikły. Sekcya stwierdziła znane białaczkowe zmiany. W gruczołach i śledzionie była tylko w miernym stopniu przemiana myeloidalna. Szpik zawierał obok wielkich limfocytów tylko wielojądrzaste i jednojądrzaste neutrofilne leukocyty, wyjątkowo eozynofilne, a bazofilnych zupełnie nie znaleziono.

Otóż gdyby przypadek ten zgłosił się w ostatnim okresie, byłoby wobec zupełnego braku komórek eozyno- i bazofilnych trudno rozpoznawać białaczkę meyloidalną. A przecie był to, jak początkowe spostrzeganie chorego na pewno stwierdziło, przypadek białaczki myeloidalnej.

Powstawanie białaczki myeloidalnej nietypowej możnaby sobie tłómaczyć w ten sposób, że nie buja białaczkowo tkanka myeloidalna w całości, jak to bywa w białaczce typowej, że nie bujają wszystkie trzy rodzaje granulocytów: neutro-, eozyno- i bazo-filne, ale tylko jeden z nich, albo dwa, i że dlatego nie spotykamy we krwi rodzaju nie bujającego. A może znowu kiedyindziej myelocyty bazofilne nie mogą pod wpływem szkodliwego czynnika różniczkować się wyżej i dlatego wtedy komórek eozynofilnych nie spotykamy. Może jednem słowem działa czasem czynnik szkodliwy tak gwałtownie, że nie ma czasu, by z komórek macierzystych w szpiku mogły się rozwinąć postacie dojrzalsze, nie mówiąc już o zupełnie dojrzałych i to wywołuje nieprawidłowe białaczkowe wejrzenie obrazu krwi.

Co się tyczy nietypowej białaczki limfadenoidalnej, czyli przypadków tejże białaczki, przebiegających z myelocytozą, to można ją, pomijając »Reizungsmyelocytose« Pappenheima, tłómaczyć sobie i tak, że czynnik chorobowy nie tylko pobudza tkankę limfadenoidalną do bujania, ale wywołuje i przekształcanie się (metaplazyę) limfocytów w myelocyty.

Dla zaokrąglenia omawianej sprawy muszę tu zaznaczyć, że już i w tym względzie stwierdzono nieprawidłowość w przebiegu białaczki myeloidalnej, że napewno nie przebiega zawsze, jak to uczył Ehrlich, przewlekle. Opisano tego rodzaju przypadki z przebiegiem ostrym (Lazarus, Fleischmann, Sabrazes). Spostrzeżenie, że w wielu przypadkach nieprawidłowych białaczek tak myeloidalnych, jak i limfadenoidalnych istnieją obok cech białaczkowych i cechy niedokrwistości złośliwej, skłoniło autorów[6]) do nazwania tych postaci nieprawidłowych, oba rodzaje cech w sobie łączących: »Leukanaemie«.

Luce tłómaczy te przypadki w ten sposób, że bujająca białaczkowo tkanka drażni w szpiku sąsiednią tkankę erytroblastyczną. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

O »chromaniu napadowem« *(claudication intermittente Charcot)* i pokrewnych cierpieniach.

(Sprawozdanie poglądowe.)

Napisał

Dr Adam Rydel.

Synonimy: Claudication intermittente Charcot; (Intermittierendes Hinken); dysbasia intermittens angiosclerotica (Erb); dyskinesia, akinesia intermittens angiosclerotica (Dettermann); myasthenia paroxysmalis angiopathica (Luxemburg); myasthenie paroxysmalis angiosclerotica (Higier); angina cruris (Walton-Paul); meiopragia (Potain).

Piśmiennictwo: 1) Bernert: Zur Kasuistik der Claudication intermittente. Wien klin. Rund. 1904. N. 41. 2) Burr: Intermittent lameness and other nervous symptoms of peripheral arterial diseases. Amer. Medicine. VIII. 1904. 3) Charcot. Sur la claudication intermittente observée dans un cas d'obliteration complète de l'une des artères iliaque primitives. Compt. rend. et Mém. de la Soc. de Biologie 1858. 4) Charcot Sur la claudication intermittente par obliteration arterielle. Progrès med. 1887. 5) Charcot Claudication intermittente et diabète. Leçons du mardi 1887. I pag 53. 6) Dejerine: Sémiologie du système nerveux Paris 1900. p. 562. 7) Dejerine: Sur la claudication intermittente de la moelle epinière. Revue neurol. 1906. N. 8. 8) Determann: »Intermittierendes Hinken« eines Armes, der Zunge u. der Beine. Deutsch.

[6]) Luce: Über Leukanaemie. Deutsch Arch für klin. Med. T. 77. — Körmöczi: Das haematologische Bild der Lymphaemie ohne haematologischen Befund im Anschluss an schwere Anaemie (Deut. med. Wochenschr. 1899. Str. 238).

Zeitschrift f. Nerv. 1905 Bd. 29. (Podaje piśmiennictwo). 9) Embden: Dyskusya w Neurol. Centralbl. 1902 str. 91. 10) Erb. Ueber das intermittierende Hinken und andere nervöse Störungen. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 13. 1898. 11) Erb: Ueber Dysbasia angiosclerotica. Münch. med. Woch. 1904. N. 21. 12) Erb: Zur Kasuistik der intermittierenden angiosclerotischen Bewegungsstörungen des Menschen. Deut. Zeitsch. f. Nervenh. 1905. B. 29. 13) Goldflam: Weiteres über das intermittierende Hinken Neurol. Centralbl. 1901. 14) Goldflam: Deutsch. med. Woch. 1895. 15) Goldflam: Intermittierendes Hinken. Neurol. Centralbl. 1903. 16) Grasset: Leçons de clinique médicale Paris Masson 1891. 17) Grasset: La claudication intermittente des centres nerveux. Revue neurol. 1906. Nr. 10. 18) Higier: Zur Klinik der angiosklerot. paroxysmalen Myasthenie. Deuts. Zeitsch. f. Nervenh. 1901. Bd. 19. 19) Idelsohn H.: Zur Casuistik und Aetiologie des intermittierenden Hinkens Ibid. B. 24. 1903. 20) Luxemburg: Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1903. 21) Massaut: Paralysie intermittente douloureuse des bras. Ann. de la Soc. med-chir. d'Anvers. Ref. Rev. neurol. 1901. 22) Oppenheim. Ueber intermittierendes Hinken. Deutsch. Zeitsch. f. Nervenh. Bd. 17. 1900. 23) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1905. pag. 606, 613. 24) Pański: Czasopismo lekarskie 1902. 25) Patek: Intermittent claudication and analog phenomena (Angina pectoris) Medical. News Vol. 85 N. 23, 1904. 26) Sottas: Contribution à l'etude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques. These de Paris 1894. 24) Wwedenski: Langenbecks Archiv. f. klin. Medicin. 1898.

Powyżej wymienione zostały jedynie prace, dostępne sprawozdawcy. Bogatą bibliografię znajdzie czytelnik w monografii Erba, oraz w pracy Determanna.

Pierwszy Bouley w 1831 r., później zaś Goubeaux zwrócili uwagę na cierpienie, występujące u koni, a polegające na tem, iż u zwierząt tych pojawia się napadowo utykanie, które znika po krótkim wypoczynku, a ukazuje się napowrót po przebiegnięciu pewnej drogi, której długość u różnych koni bywała różna. U ludzi pierwszy opisał takie cierpienie Charcot (1848 i 1858 r.) i nazwał je »claudication intermittente«, sprawa jednak poszła w zapomnienie, póki jej nie poruszył między innemi rodak nasz Goldflam. Odtąd zaczęto się żywiej cierpieniem tem zajmować, tak iż dzisiaj, klinicznie przynajmniej, wcale dobrze je znamy. Chorzy, tem cierpieniem dotknięci, skarżą się, iż po przejściu pewnej, często dość krótkiej przestrzeni, doznają uczucia zdrętwienia, cierpnięcia, znużenia, a nawet bolu w jednej lub nawet obu dolnych kończynach, w miarę zaś dalszego trwania chodu uczucia te potęgują się, a osłabienie wzrasta do tego stopnia, iż często już po ¼ godziny trwającym marszu jedna lub obie kończyny wypowiadają zupełnie posłuszeństwo, tak, iż chory kroku postąpić, nierzadko nawet w miejscu ustać nie może. Wystarczy jednak wypoczynek kilku- do kilkunastominutowy, aby nogi pierwotną sprawność odzyskały. Po za tem chorzy zazwyczaj czują się zupełnie dobrze; — wyjątkowo tylko, — i to w okresach choroby dalej posuniętej, skarżą się na bole w kończynach dolnych, samoistnie, nawet w spoczynku występujące. Bole te, podobnie jak i przykre uczucia, pojawiające się wśród chodzenia, zajmują bądź to całą kończynę lub też obie kończyny, — bądź też tylko ich poszczególne części, jak stopę, łydkę, udo. Nierzadko wreszcie chorzy podają, iż kończyna cierpiąca łatwo marznie.

Najskrupulatniejsze badanie, ograniczone do układu nerwowego, żadnych zmian nie wykrywa: czasem tylko da się stwierdzić wzmożenie odruchów kolanowych, a kilkakrotnie opisano zniesienie odruchów ścięgna Achillesa. Jeszcze rzadziej udaje się stwierdzić drobne upośledzenie czucia, zwłaszcza na palcach stopy. Natomiast uderza zazwyczaj bladość lub siność samej stopy lub nawet całej kończyny, co przy badaniu można spotęgować, lub wywołać, polecając choremu przejść kilkanaście razy przez pokój. Obok tego stwierdzić można powolność, z jaką znika biały ślad, powstały przez ugniecenie skóry palcem (Zoege-Manteuffel). Najważniejszym jednak objawem jest brak zupełny lub przynajmniej bardzo znaczne osłabienie tętna w tętnicach chorej kończyny. Już Charcot i Bigański zwrócili na ten objaw uwagę; Erb zaś stwierdził, iż chociaż czasem zmian tych w dużych tętnicach, jak n. p. udowej lub podkolanowej nie ma, to jednak w drobnych tętnicach (n. p. tętnica grzbietowa stopy i piszczelowa tylna) prawie bez wyjątku znaleźć można osłabienie tętna. Oppenheim zwraca przytem uwagę, iż częstokroć łatwiej jest zmiany te wykryć wzrokiem, porównując obie strony ze sobą, niż przez obmacywanie tętnicy. Dla tem pewniejszego rozpoznania choroby ważną jest rzeczą wywołać napad chromania, polecając choremu przez kilkanaście minut chodzić po pokoju; wywoławszy zaś chromanie, stwierdzić, iż ono po krótkim wypoczynku ustąpiło bez śladu. Wreszcie badanie ogólne stwierdza częstokroć miażdżycę tętnic, mniej lub więcej posuniętą. To też nie ulega wątpliwości, iż anatomicznie miażdżyca i wogóle zmiany w ścianach tętnic odgrywają w mechanizmie powstawania tego cierpienia główną rolę, a zdjęcia rentgenowskie nie pozwalają o tem wątpić. Z pomiędzy wielu badań tego rodzaju zasługuje na uwagę przypadek, ogłoszony przez Bernerta, który dotyczył mężczyzny, liczącego 25 lat, a cierpiącego na »chromanie napadowe« od ósmego roku życia. Rentgenogram stwierdził w okolicy stawu skokowego zwapnienie kawałka tętnicy, na przestrzeni 3 cm. Jeśli jednak chodzi o inne zmiany w ścianach naczyń, n. p. o zmiany kiłowe (*arteriitis obliterans luetica*), to badanie promieniami Roentgena pozostanie bez wyniku dodatniego.

Dopiero w nowszych czasach Erb, Brissaud, Oppenheim, Goldflam, Patek i inni zwrócili uwagę, iż cierpienie to może być skutkiem nietylko zmian anatomicznych w ścianach tętnic, ale także stanów kurczowych (angiospastycznych), napadowo występujących, które pojawiając się przy chodzeniu, mogą, podobnie jak częściowe trwałe zamknięcie światła naczynia, doprowadzić do napadowo występujących zaburzeń w odżywieniu mięśni i przez to wywołać napadową niedomogę ruchową kończyny. Takie angiospastyczne stany mogą wprawdzie, powtarzając się przez czas dłuższy, w końcu następowo wywołać miejscową miażdżycę, mogą jednakże i ustąpić i tem się tłómaczy, iż obok postaci ciężkich, leczeniu niedostępnych, coraz bardziej postępujących i doprowadzających często do zgorzeli, istnieją inne łagodniejsze, mogące stale i bez śladu ustąpić. Pierwsze polegają na miażdżycy lub innych zmianach anatomicznych ścian naczyń, — drugie na stanach angiospastycznych. (C. d. n.)

A. Lambotte. **Zabieg chirurgiczny przy złamaniach.** (L'intervention opératoire dans les fractures), Bruksela. (Lamartin.) 1907.

W bogato ilustrowanem swem dziele opisuje L. wyniki leczenia złamań drogą operacyjną w 187 przypadkach (dwa przypadki śmierci). Najwięcej stosunkowo przypadków, bo 87, przypada na złamanie goleni. Główną wagę kładzie autor na złamania świeże, dłużej natomiast trwające i źle zgojone omawia pobieżnie, co do leczenia ich nie podając nic nowego; jedynie przy krzywych zrośnięciach się oświadcza się stanowczo za odsłonięciem miejsca złamania. Dla odprowadzenia drogą krwawą świeżych złamań zakreśla jaknajszerszą granicę, kładąc nacisk na przystosowanie odłamków z matematyczną dokładnością.

Pod tym względem wyrobił sobie Lambotte sposób postępowania, zwany »*osteosynthesis*«, który posiada jeszcze liczne braki, jednak po udoskonaleniu może odegrać ważną rolę w leczeniu złamań. Postępowanie całe dzieli Lambotte na 3 okresy: 1) odsłonięcie miejsca złamania, 2) odprowadzenie i tymczasowe ustalenie, 3) ustalenie i ostateczne zamknięcie rany. Szczególną uwagę zwraca na utrzymanie odłamków w należytem położeniu w czasie ostatecznego ustalania. By odłamki, zwłaszcza przy strzaskaniu kości, utrzymać wtedy w odpowiedniem ułożeniu, używa kleszczy i różnorodnych narzędzi w tym celu zbudowanych, które szczegółowo opisuje w pierwszej części swej pracy. Szew kostny przy pomocy drutu zarzucił zupełnie, jako niewystarczający, natomiast do trwałego i pewnego ustalenia odłamków w odpowiedniem ułożeniu używa albo śruby, albo, zwłaszcza w cięższych przypadkach, płyt glinowych, które przymocowuje śrubami do istoty korowej kości. Śruby te usuwa następnie tylko wtedy, gdy po zgojeniu kości wywołują zaburzenia.

Do leczenia złamań trzonów zbudował Lambotte osobny przyrząd zwany »*fixateur*«, który po zrośnięciu się kości może być usunięty.

Na całym szeregu zdjęć rentgenowskich przedstawia wprost idealne wyniki, uzyskane przy tym sposobie leczenia. *Osteosynthesis* wykonuje zwykle przy złamaniach prostych w 8—14 dniu, przy złamaniach zaś powikłanych po ustąpieniu zupełnem gorączki. Przy tem postępowaniu konieczną jest jaknajdoskonalsza aseptyka. Już na 4 dzień po operacyi wykonywa Lambotte ruchy chorą kończyną. *Dr Kasprzyk.*

Witzel, Wenzel, Hackenbruch. **Die Schmerzverhütung in der Chirurgie.** (Zapobieganie bolowi w chirurgii). Monachium, 1906 (Lehmann). — Zestawienie sposobów i wskazań różnych sposobów znieczulania i usypiania. W klinice Witzla usy-

piają najczęściej eterem, kroplami, przy dostępie powietrza. Przygotowanie do uśpienia: dokładne wywiady, badanie wewnętrzne, tętna i ciepłoty (choroby płuc i opłucnej usposabiają do nieżytów oskrzeli, trzeba więc przy nich użyć eteru jak najmniej), oczyszczenie ust i gardła, opróżnienie kiszek. W przeddzień operacyi zapobiegawczo 4 razy dnia po 12 kropli *trae digitalis i strophanti aa.* Operowani muszą być na czczo. Na godzinę przed operacyą u dorosłych 0,01—0,035 morfiny podskórnie i lawatywa z silnej herbaty z winem i koniakiem z dodatkiem makowca (*trac opii gtt. 5*). Przy zbyt powolnem usypianiu parę kropli chloroformu, potem znów eter. Usypianego zawijają w ciepłe chusty, głowę z położenia pierwotnie poziomego przechylają stopniowo coraz bardziej ku tyłowi. *Z.*

Schleich. **Die Selbstnarkose der Verwundeten im Krieg und Frieden.** (Samousypianie się rannych). Berlin, 1906 (Springer). — Schleich proponuje zaopatrzyć żołnierzy na wojnę i ludzi narażonych na zranienie, w mieszaninę usypiającą, (chlorek etylu 2, chlorof. 4, eter 12), przez siebie podaną, którąby sami bez niebezpieczeństwa uśpić się mogli w razie gwałtownych bolów. *Z.*

Müller. **Die Skoliosenbehandlung des praktischen Arztes.** (Leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa przez lekarza praktycznego). Berlin-Wieden, 1906. (Urban i Schwarzenberg). — Bardzo użyteczny podręcznik dla lekarzy nie specyalistów, zmuszonych doleczać skrzywienie kręgosłupa po leczeniu w zakładzie, lub leczyć je tam, gdzie chorych do zakładu skierować nie można. Rzecz objaśnia 33 rysunków i 3 tablice. *Z.*

Foges i Fellner. **Physikalische Therapie der Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.** (Fizyczne leczenie chorób narządów płciowych u kobiet). Stuttgart, 1906 (Enke) Mk. 1,60. — Krótki podręcznik ten obejmuje: miesienie wraz z gimnastyką leczniczą i sportami, leczenie krążkami pochwowymi, obciążeniem, elektrycznością, światłem, wodą, gorącem powietrzem, przyżeganie gorącą parą, leczenie ssące, kąpielowe, i wreszcie fizyczne leczenie w położnictwie. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Mietalnikow. **O przyczynach odporności mola pszczół** (*galeria melonella*) **względem gruźlicy.** (*Charkow. mied. Żurn.* 1906, wrzesień) Jeżeli wstrzyknąć w ciało *galeria melonella* dużą dawkę jadowitych prątków gruźlicy ludzkiej, to giną one bardzo rychło wewnątrz leukocytów i innych komórek. Najszybciej giną prątki przy 38° C., a giną nietylko w ciele mola, ale i we krwi jego *in vitro*, przy rozcieńczeniu 1: 20—25, dalej po ogrzaniu przez ½ godziny do 72° C. i po przesączeniu przez sączek Chamberlanda krew przestaje zabijać laseczniki. Po dodaniu do krwi gąsienicy tłuszczu lub zawiesiny wosku zwykłego lub gruźliczego (zawartego w prątkach), można stwierdzić już po dobie znaczne zwiększenie się kwasoty. Przy ogrzewaniu do 72° ta własność krwi ginie. Z tego wszystkiego wnosi autor, że wspomniane własności krwi gąsienicy zależą najprawdopodobniej od obecności we krwi lipazy. Gąsienice, zakażone gruźlicą rybią i pozostawione w zwykłej ciepłocie, ginęły po 4 dniach, natomiast przy 38° C. rozwijały się prawidłowo. Autor tłómaczy to tem, że przy zwykłej ciepłocie ustrój gąsienic jest osłabiony i nie może zwalczyć zakażenia. Podobnie niszczeją w ustroju gąsienicy prątki gruźlicy ludzkiej w ciepłocie zwykłej wolniej, niż przy 39°. Z dalszych badań okazało się, że i w surowicy krwi zwierząt wyższych (konia, barana, psa i t. d.) znajduje się taka sama, jak u owych gąsienic lipaza, również niszcząca prątki gruźlicze; jednakże działanie jej u tych zwierząt nigdy nie jest pełne i zawsze pozostaje przy życiu pewna część prątków dzięki swej znacznej jadowitości. Potwierdzenie swego zdania autor widzi w spostrzeżeniu Garniera, że przy przewlekłej gruźlicy u człowieka lipolityczna energia krwi stopniowo się zmniejsza, podczas zaś wyzdrawiania powoli wraca do prawidłowej wysokości. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Jakimow. **Długość życia świdrowców Rouget w sztucznych warunkach.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 47). Autor brał krew ze świdrowcami Rouget z psów i 1) odwłókniał, 2) nieodwłóknioną krew mieszał z cytrynianem sodowym w takiej ilości, żeby krew nie mogła skrzepnąć i 3) nieodwłóknioną krew mieszał ze świeżą surowicą krwi konia przy zachowaniu tegoż warunku, potem zaś krwią, przechowywaną w różnych warunkach (bezgnilnie) zakażał białe myszy i badał ich krew codziennie co do świdrowców. Okazało się, że świdrowce najdłużej żyją w cytrynianie (2 doby), potem w odwłóknionej krwi (2 doby), a najkrócej w surowicy konia (1. dobę). W cieplarce przy 32° C. świdrowce prędko ginęły (w ciągu 1 doby), lepiej znosiły ciepłotę pokoju — 21° C., a najlepiej zimno (ciepłotę lodu). Okres wylęgania u myszy, zakażanych krwią, przechowywaną aż do zniknięcia w niej świdrowców, jest daleko dłuższy (8—13 dni), niźli u myszy zakażanych krwią, zawierającą świdrowce, wziętą bezpośrednio z żywego zwierzęcia (3—5 dni). Świdrowce Nagana i Mal de Caderas, badane przez autora dawniej (*Russkij Wracz* 1904, Nra 9, 10) są daleko odporniejsze, gdyż mogą żyć w sztucznych warunkach do 6 dni, gdy świdrowce Rouget giną już po 3 dniach. Świdrowce Nagana i Mal de Caderas utrzymują się najlepiej we krwi odwłóknionej i w surowicy konia; gorzej zaś w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, najlepiej w ciepłocie pokoju, gorzej przy 36° C. Okres wylęgania przy zakażeniu tymi świdrowcami, przechowywanymi poza ustrojem, nie dochodzi 8 dni, jest więc krótszy, niż świdrowca Rouget. *Z. Orłowski* (Ptsbg).

Fleiszer. **Wpływ oksydazy na produkta azotowej przemiany moczu.** (*Russkij Wracz* Nr 51, 1906). Autor badał, o ile wskutek utleniającej działalności oksydazy (lakkazy) zwiększa się w moczu ilość mocznika na niekorzyść mniej utlenionych produktów (kwasu moczowego, ciał ksantynowych). Doświadczenia wykonano na 2 zdrowych ludziach, podając im 2 razy dziennie po 10 sz. ctm. 1 prc. rozczynu lakkazy (z kartofli), przyczem pożywienie ich cały czas było ile możności jednakowe; w dobowej ilości moczu określał autor ogólną ilość azotu, mocznik, kwas moczowy, ciała ksantynowe i amoniak; pierwsze dwa okresy doświadczenia (bez oksydazy i z oksydazą) trwały po 5 dni, trzeci (bez oksydazy) 6 dni. Okazało się, że pod wpływem oksydazy ogólna ilość azotu w moczu nie zmienia się, lecz zmienia się forma jego wydzielenia i to wydziela się więcej utlenionych części, na koszt mniej utlenionych. Dalsze 3 doświadczenia z lakkazą zwierzęcego pochodzenia wykonano na ozdrowieńcach po płonicy, podając im w tym celu cały czas surowe mleko, zawierające, jak wiadomo, dużo oksydazy. W pierwszym i trzecim okresie doświadczenia podawano mleko przegotowane (dla zniszczenia oksydazy). I tu okazało się, że przy jednakowej ogólnej ilości azotu w moczu, ilość mocznika w okresie użycia oksydazy i jeszcze jakiś czas potem znacznie wzrasta na koszt ciał alloksurowych. Fakt ten, według autora, może mieć pewne praktyczne znaczenie w niektórych sprawach patologicznych przy utlenianiu np. w skazie moczanowej. Chętnie używaną w tych przypadkach roślinną dyetę możnaby objaśnić tem naukowo, że zawiera w sobie dużo oksydazy. *Z. Orłowski* (Ptbg.)

Doc. Rolly. **Doświadczalne badania nad biologicznem zachowaniem się bakteryi w jelicie grubem.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 43, 1906). Rozwojowi bogatej flory w jelicie grubem sprzyjają różne czynniki, głównie zasadowe oddziaływanie wydzieliny gruczołów i treści jelita, oraz bardzo słaby ruch robaczkowy. Odwrotnie rzecz się ma z jelitem cienkiem, gdzie oddziaływanie kwaśne treści i silny ruch robaczkowy wpływają hamująco na rozwój drobnoustrojów. Jednakże mimo sprzyjających warunków wzrost bakteryi w jelicie grubem ma pewne granice, zmiany zaś tak w jakości, jak i ilości flory, jak wynika z doświadczeń autora, zależą przedewszystkiem od zmian, jakim ulega skład treści jelita i od czasu, przez który treść ta w jelicie pozostaje. Długie zaleganie treści sprzyja bardzo szybkiemu mnożeniu się drobnoustrojów. Wpływu autotoksyn, t. j. substancyi, pochodzących z przemiany materyi samychże bakteryi i mających działać zabójczo na nie, nie mógł autor mimo dokładnych badań stwierdzić, na mocy czego odmawia im tego hamującego działania, choć nie przeczy, iż bakterye wyrabiają te istoty. Każdego, badającego florę przewodu pokarmowego, uderza przewaga w niej prątka okrężnicy. W celu wyjaśnienia tego zjawiska wykonał autor szereg doświadczeń, z których wynikło, iż inne gatunki bakteryi przeważają, a prątek okrężnicy się zmniejsza tylko wtedy, gdy błona śluzowa jelita uległa zniszczeniu. Prawidłowa bowiem błona śluzowa odgrywa ważną rolę w regulowaniu stosunku wzajemnego flory jelita. Obce bakterye, które dostały się do jelit przypadkowo, usuwa i niejako dba o to, by skład flory był zawsze stały. Najmniejsze zaś już zmiany błony śluzowej wystarczają, by wywołać niezwykły rozwój bakteryi obcych. *Nowaczyński.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. G. Sittman. **Leczenie niedokrwistości.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr 52, 1906). Środki przeciw niedokrwistości dzieli autor na kilka grup według tego, czy mają one utrzymać w równowadze ciśnienie krwi przez doprowadzenie ustrojowi utraconej ilości płynu, czy pomódz ustrojowi do wytworzenia odpowiedniej ilości hemoglobiny, czy podniecić lub obniżyć czynność narządów krwiotwórczych. Pierwszą grupę stanowią przetaczania krwi i wlewania roczczynów solnych. W niedokrwistościach ostrych lub przewlekłych wskutek krwotoku zachwala autor przetaczanie krwi ludzkiej nieodwłóknionej, podnosi jednak związane z tem trudności, jak obecność najmniej dwóch lekarzy, szybkie wyszukanie zdrowego osobnika, któregoby krew można wziąć, trudność w zapobieganiu powstawania skrzepów. Przetaczanie takie nie działa na narządy krwiotwórcze, lecz dostarcza ustrojowi gotowej krwi ze wszystkimi morfotycznymi składnikami. Ujemnego wpływu takiego przetaczania nie spostrzegał nigdy. Śródżylne wstrzykiwanie krwi ludzkiej odwłóknionej jest niebezpieczne, gdyż przy odwłóknianiu uwalniają się precypityny i hemolizyny i mogą szkodliwie zadziałać na krew leczonego. Wstrzykiwanie podskórne krwi odwłóknionej i nieodwłóknionej należy do historyi. Przy ostrej utracie krwi widzi autor w podskórnem wstrzykiwaniu wyjałowionego fizyologicznego roztczynu soli kuchennej (hypodermokliza) znakomity środek, przez który nietylko wyrównuje się ciśnienie krwi, lecz także erytrocyty zostają wypłukane i do obiegu wprowadzone; zabieg ten jest prosty i w przeciągu 10 minut można wprowadzić 1·50—2 litrów płynu. — W drugiej grupie, gdzie chodzi o przysporzenie krwinkom czerwonym hemoglobiny, środkiem do tego używanym jest żelazo. Wskazania dla żelaza są liczne, ponieważ niedostatek hemoglobiny jest prawie stałym objawem różnych chorób krwi. Szkodliwem jest żelazo tylko w charłaczym okresie niedokrwistości złośliwej postępującej. Najskuteczniej działa Fe w tej chorobie, której istotę stanowi niedostatek Hb, a więc w błednicy. Za najdogodniejszą formę uważa autor pigułki Blauda i *liqu. ferri album.;* radzi podawać duże dawki, przestrzega przed przetworami, zawierającymi wyskok. Zażywać żelazo należy po jedzeniu, a unikać równoczesnego spożywania kwasów. Gdy chodzi o zadziałanie na narządy krwiotwórcze, podaje się arsen. Stosuje się go podskórnie lub wewnętrznie. Płyn Fowlera uważa autor za najlepszy do podawania wewnętrznego; do podskórnych wstrzykiwań poleca *natr. arsenicosum* lub *natr. cacodylicum.* Promienie Röntgena uważa autor za dobry środek w przebiegu białaczki, lecz dawkowanie powinno być ostrożne, gdyż nadmiar naświetlań upośledza zanadto czynność narządów krwiotwórczych i wywołuje wielkie zmiany krwinek czerwonych. Wielki nacisk kładzie autor na leżenie w łóżku. Przy leżeniu może tygodniowy przybytek hemoglobiny wynosić 10—15 prc. Dopiero po osiągnięciu znacznej poprawy pozwala autor wstawać z łóżka i wysyła chorych nad morze lub w góry. Największe jednak znaczenie w leczeniu niedokrwistości ma odżywianie. Dyeta powinna być mieszana, 5 posiłków dziennie, przyczem pierwszy ranny posiłek ma zawierać obficie pokarmy białkowe, gdyż ludzie niedokrwiści właśnie w godzinach rannych najwięcej posilenia potrzebują. Obok pokarmów białkowych, należy kłaść nacisk na pokarmy, zawierające żelazo, a więc jarzyny i owoce. Większe ilości mleka można stosować tylko u osób chudych. Kawa, herbata i wyskok są zbyteczne. Częste u niedokrwistych zaparcie stolca zwalczać trzeba środkami łagodnie przeczyszczającymi lub lawatywami. Leczenie wodą i miesienie znajdują zastosowanie tylko wyjątkowo. *Pisarski.*

Bingel. **Badanie nad wpływem picia piwa i fechtunku na serce młodych ludzi.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 2). Autor stoi na stanowisku poglądów de la Campa, którego zdaniem zdrowe serce pod wpływem wysiłków fizycznych rozszerzeniu nie ulega. Że serca poprzednio chore zachowują się pod tym względem inaczej, nie ulega wątpliwości, a spostrzeżenia autora, który badał studentów, oddających się namiętnie piciu piwa i fechtunkowi, zupełnie to potwierdzają. Autor jest skłonny przypuszczać, że ten tryb życia nie pociąga za sobą ważniejszych następstw, byle tylko nie trwał za długo. Być jednak może, że serce ludzi, którzy przez dłuższy czas tak żyli, słabnie wcześniej, niż serce tych, którzy żyli higienicznej. *Dr M. Godlewski.*

Rumpf. **O wpływaniu przez ucisk punktów bolesnych na czynność serca i ciśnienie krwi.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 4). Badania autora dotyczą uzupełnienia t. zw. objawu Mannkopffa (przyspieszenie tętna, występujące przy uciśnięciu istotnie bolesnych punktów), objawu, który ma pewne znaczenie przy odróżnianiu istotnego bolu od udawania. Zdaniem R. zależą dwuznaczne wyniki od często bezkrytycznego stosowania metody, bez zachowania koniecznych ostrożności. Chory powinien czas dłuższy leżeć spokojnie, przy badaniu się nie ruszać i spokojnie równomiernie oddychać. Należy się wprzód przekonać, czy samo badanie na czynność serca nie wpływa i czy zmiana w czynności serca następuje jedynie przy ucisku punktów, które chory za bolesne podaje. Prócz typowego objawu Mannkopffa można uważać próbę za dodatnią, jeżeli wystąpi: zwolnienie z następowem przyspieszeniem, niemiarowość tętna, jego osłabienie, sinica twarzy, pocenie się pod pachami i na rękach, wreszcie wzrost lub spadek ciśnienia przy ucisku na rzekomo bolesne punkty. *Dr M. Godlewski.*

Roemisch. **Trwałe wyniki, uzyskane zapomocą tuberkuliny.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 3). Autor w tej, jakoteż i w poprzednich swych pracach, dochodzi do wniosku, że obecnie tak mało używana tuberkulina daje w odpowiednich przypadkach wyniki takie, jakich żadnym innym sposobem osiągnąć nie można. Należy wogóle postępować ostrożnie, nie przekraczając nieznacznego miejscowego odczynu. Do tego leczenia nadają się te przypadki, w których zapomocą klimatyczno-dyetetycznego leczenia zdołano ograniczyć sprawę zapalną, towarzyszącą ogniskom gruźliczym, a chodzi jedynie o wyleczenie samych ognisk gruźliczych; u gorączkujących należy przez leżenie i dobre powietrze postarać się wprzód o usunięcie gorączki. *Dr M. Godlewski.*

Nikolski. **W sprawie leczenia potów nocnych przy gruźlicy płuc.** (*Wiener med. Presse* Nr 3, 1907). Autor utrzymuje, że najlepsze usługi w zwalczaniu potów nocnych u suchotników oddaje guakamphol (ester guajakolowy kw. kamforowego). Autor stosował środek ten po 0,3 gr. na dawkę przed spaniem i to przez 3 wieczory, a gdy to nie skutkowało, tę samą dawkę przez dalsze 3 wieczory. Ubocznych objawów nie było nigdy. *Friediker.*

Hoffmann. **O szczątkowej ewentracyi.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 3). Ta postać kliniczna, lubo rzadka wogóle, jest zdaniem autora częstsza, niż się to przyjmuje; autor określa ją mianem żołądka pęcherzowatego. Prócz poduszkowato wydętego żołądka i niezwykle wysokiego stanu przepony nad nim, towarzyszą tej postaci chorobowej zaburzenia sercowe. Oprócz rozszerzenia żołądka konieczne jest do powstania tego stanu pewne zwiotczenie przepony, o którem prócz unerwienia stanowią najprawdopodobniej sprawy, toczące się w samym mięśniu przepony, a szerzące się tutaj z opłucnej lub otrzewnej. W leczeniu należy unikać obciążania żołądka i wydymania go gazami, do skrzepienia zaś nadżołądkowej części przepony dążyć należy przez jej gimnastykowanie, polegające na głębokich wdechach przy równoczesnem unieruchomieniu prawej połowy klatki piersiowej. *Dr M. Godlewski.*

Adler. **O odbijaniu nerwowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 4). Objaw ten, występujący u osób nerwowych, a polegający na wydalaniu powietrza, które skutkiem kurczowych ruchów przełyku zostało do żołądka wtłoczone, najłatwiej usunąć przez ustalenie otwartych jaknajszerzej ust, najlepiej zapomocą płytki, którą chory trzyma pomiędzy szczękami. *Dr Maryan Godlewski.*

Pedyatrya.

Sittler. **Trwanie odporności po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, IX). Surowicę w ilości 500 jednostek uodporniających zastosowano zapobiegawczo w 912 przypadkach, mianowicie 700 razy ambulatoryjnie u rodzeństwa chorych na błonicę, przyjętych do szpitala, 212 razy w oddziele płoniczym, umieszczonym w tym samym pawilonie, co błoniczy. Tylko dwa razy wynik był bezwarunkowo ujemny: zapadnięcie na błonicę przed upływem 3 tygodni, zresztą jeszcze w 4 przypadkach względnie ujemny: zapadnięcie po 3 tygodniach. Wyniki zatem uznać należy za bardzo korzystne, jeżeli się zważy, że na 5 dzieci, którym w równych zresztą warunkach surowicy zapobiegawczo nie wstrzyknięto, troje zapadło na błonicę, i to po części ciężką. Ponieważ uodpornienie trwa tylko parę tygodni, należałoby wstrzykiwania powtarzać co 2—3 tygodni. To jednak zwiększyłoby bardzo znacznie koszta, a co ważniejsza, nie byłoby z innych względów korzystne. Jak bowiem stwierdzili Pirquet i Schick, ustrój, któremu wstrzyknięto surowicę końską, staje się po dwóch tygodniach nadmiernie wrażliwy względem tej surowicy, a ponowne wstrzyknięcie po tym okresie może wywołać bardzo przykre objawy miejscowe, a niekiedy i ogólne. Ze względu na to, że uodpornienie trwa niedługo, a ponowne uodpornianie może wywołać

niepożądane objawy, że uodpornianie nie daje bezwzględnej pewności, a w razie wybuchu choroby utrudnia stosowanie surowicy, należy dzieci mimo uodpornienia chronić, ile możności, od zakażenia błonicą. *Doc. Lewkowicz.*

Auche i Campana. **W sprawie patogenezy i postaci klinicznych czerwonki prątkowej dziecięcej.** (*Arch. de méd. des enf.* 1906, IX, X). A. i C. zbadali ogółem 90 przypadków biegunki śluzowej i śluzoworopnej. W 38 przypadkach (42%) znaleziono prątki czerwonkowe Liczby te nie odpowiadają jednak dokładnie rzeczywistości, bo badanie wykonywano wielokrotnie w warunkach niekorzystnych. Z poszczególnych odmian prątka czerwonkowego stwierdzono: prątki Shigi w 37, Flexnera w 45, Stronga w 18%. Objawami początkowymi zakażenia prątkami Shigi były najczęściej zaburzenia jelitowe, przy zakażeniu prątkami Flexnera i Stronga najczęściej żołądkowe, wymioty. Na szczycie choroby obraz kliniczny zakażenia prątkami Shigi jest zazwyczaj obrazem klasycznym czerwonki z biegunką śluzowokrwawą, parciem na stolec. Przy zakażeniu prątkami Flexnera i Stronga obraz bywa bardziej urozmaicony: biegunki zwykłe, kałowo-śluzowe, śluzowe i śluzowo-krwawe. Odmiana Shigi cechuje się wielką zaraźliwością, ale i odmiana Flexnera może wywoływać epidemie szpitalne. Mimo to wszystko dochodzą A. i C. do wniosku, że cechy kliniczne poszczególnych odmian patogenetycznych czerwonki nie są dostatecznie wybitne, aby uzasadniony był odpowiedni podział kliniczny. Przyrodę przypadku można więc oznaczyć tylko przez określenie odmiany prątków, albo w sposób mniej pewny, ale łatwiejszy, przez aglutynacyę. W leczeniu surowicą oznaczenie wywołującej odmiany prątka nie ma wielkiego znaczenia, gdyż według badań Doptera istoty uodparniające, amboceptory, są dla wszystkich odmian wspólne. *Lewkowicz.*

Concetti. **Zapalenie wyrostka robakowatego z objawami po stronie lewej.** (*Arch. de méd. des enf.* 1906, XII.). Przyczyny tego zboczenia w symptomatologii mogą być anatomiczne (układ trzew odwrotny; przesunięcie kątnicy i wyrostka ku linii środkowej i po za tę linię; nadmierna długość wyrostka i ułożenie poziome, przyczem koniec jego sięgać może na stronę lewą mimo prawidłowego przyczepienia u nasady), lub, co częściej, patologiczne. Obok ropnia po stronie prawej powstaje n. p. ropień po lewej, który gwałtowniejszymi objawami więcej na siebie z raca uwagę, albo też, jak tego dowodzą dwa spostrzeżenia autora, powstaje ostre, rozlane zapalenie otrzewnej ropne lub posokowate z objawami, przeważającymi po stronie lewej, a dopiero później pojawia się wybitniejszy odczyn także po prawej, wskazujący na właściwy początek sprawy. *Lewkowicz.*

Decherf. **Wpływ stanu opadów na pojawianie się i rozwój letnich epidemii choleryny dziecięcej.** (*Arch. de méd. des enf.* 1906, XII). Autor zwraca uwagę, że najliczniejsze i najcięższe przypadki choleryny nie pojawiają się w północnej Francyi w ciągu najgorętszych miesięcy: czerwca i lipca, lecz dopiero w sierpniu, wrześniu, a niekiedy w październiku. Przytem większe znaczenie od samego gorąca ma posucha, jak to można było stwierdzić w r. 1904. Tłómaczy się to według autora jakością pokarmu bydła. Z początku pory gorącej jest jeszcze dość paszy świeżej: później jednak, mianowicie w razie posuchy, brakuje świeżej paszy, a bydło dostaje słodziny, makuchy i t. p. Miazgi te ulegają w lecie szybko rozkładowi, zawierają wtedy substancye wysoce trujące (Arloing) i często u bydła wywołują zaburzenia trawienne, niekiedy nawet poważne. Autor przyjmuje, że toksyny te przechodzą do mleka, a wyjaławianie mleka ich nie niszczy; mleko dla niemowląt powinno przeto pochodzić z obór wzorowych, w których sfermentowanej lub ulegającej łatwo fermentacyi karmy dla bydła nigdy się nie używa. *Lewkowicz.*

Krasnogorski. **Wymiana żelaza u osesków.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 45—49). Badając wymianę żelaza u osesków przy karmieniu piersią i sztucznem odżywianiu, autor doszedł do następujących wniosków: 1) Oseski daleko lepiej wchłaniają i przyswajają związki żelaza mleka kobiecego, niż koziego. 2) Związki żelaza w gotowanem mleku wchłaniają i przyswajają oseski lepiej, niż w surowem. 3) Wysoka odsetka (80·09%) wchłaniania się żelaza mleka kobiecego równoważy nieznaczną ilość żelaza, zawartą w mleku. 4) Karmienie osesków wyłącznie mlekiem koziem może wywołać niedobór dostawy żelaza. 5) Związki żelaza szpinaku i żółtka jaj wchłaniają oseski prawie jednakowo, lecz daleko gorzej, niż żelazo mleka kobiecego. 6) Naturalne związki żelaza w pożywieniu i wchłaniają i przyswajają się daleko lepiej, niż żelazo przetworów fabrycznych, nawet takich, jak n. p. ferratyna. 7) Niedostateczna ilość żelaza w pożywieniu może wywołać zboczenia nietylko w wytwarzaniu się i czynności hemoglobiny, lecz i w ogóle w sprawach tkankowych, utleniających i twórczych. *Z. Orłowski.* (Ptsbg.).

Stoeltzner. **Tężyczka dziecięca (spazmofilia) a ciałka nabłonkowe.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, IX). Wycięcie ciałek nabłonkowych (*Epithelkörperchen*), czyli gruczołów przytarczowych (*glandulae parathyreoideae*), wykonane doświadczalnie u zwierząt, a zdarzające się niekiedy przypadkowo przy wyłuszczaniu wola u ludzi, wywołuje tężyczkę, jak to udowodnił Gley. Pineles starał się wszystkie rodzaje tężyczki, spostrzegane u ludzi, tłómaczyć niedomogą czynnościową gruczołów przytarczowych. Otóż co do tężyczki dziecięcej (spazmofilii), to już jej obraz kliniczny różni się pod wielu względami od obrazu tężyczki doświadczalnej. Wpływ żywienia na przebieg obu tych rodzajów tężyczki jest również odmienny. Mianowicie objawy tężyczki doświadczalnej łagodnieją pod wpływem żywienia mlekiem, objawy tężyczki dziecięcej przy żywieniu mlekiem krowiem wybitnie się potęgują. To skłania autora do wniosku, że te cierpienia mają różną przyrodę. *Lewkowicz.*

Dieterle. **O matołectwie (kretynizmie) miejscowem i jego stosunku do innych zboczeń rozwojowych.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, IX i X.). Według autora przez matołectwo miejscowe należy rozumieć zboczenie w rozwoju, występujące w związku z wolem i głuchoniemotą endemicznie w pewnych okolicach górskich, a połączone z małym stopniem karłowatości (wzrost pozostaje jednak proporcyonalny) i rozmaitemi postaciami niedołęstwa umysłowego. Sprawa ta nigdy nie jest wrodzona, lecz rozwija się w pierwszych latach życia. Zboczenie to nie ma nic wspólnego z płodowemi chorobami kośćca (*chondrodystrophia i osteogenesis imperfecta*), cierpieniami, występującemi sporadycznie, przy których zmiany są wrodzone, a wzrost nieproporcyonalny, trzony kości długich niestosunkowo krótkie (*mikromelia*). Od pojęcia matołectwa należy oddzielić ściśle obrzęk śluzowaty, polegający na braku wrodzonym lub zniszczeniu gruczołu tarczowego, występujący sporadycznie, a w okolicach wolowych wcale nie częstszy, niż gdzieindziej. Nie należy zaś oddzielać przypadków niedołęstwa umysłowego (*idiotismus*) z wolem i głuchoniemotą dlatego tylko, że brak w nich zmian skóry, odpowiadających obrzękowi śluzowatemu, gdyż te właśnie przypadki stanowią większość endemii. Autor zwraca się przeciwko zapatrywaniu (Kocher), jakoby matołectwo polegało jedynie na ustaniu czynności gruczołu tarczowego. Zapatrywanie to nie tłómaczy bardzo wielu szczegółów obrazu chorobowego. Patogeneza jest zawilszą i dotąd niewiadomo, w jakim stopniu składa się na nią wpływ wola danego osobnika, wolów jego przodków i bezpośredni wpływ miazmatu, związanego z pewnemi formacyami geologicznemi, na cały ustrój. *Lewkowicz.*

Schoedel. **O chorobach naśladowczych (indukcyjnych)** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, X.). W szkole dziewcząt w Chemnitz pojawiła się epidemia, wśród której zapadło na 35 uczennic 21. Objawy polegały na tem, że pismo, zwłaszcza przy rachunkach, staje się coraz bardziej drżącem. Ruchy przy innych czynnościach odbywają się jednak zupełnie prawidłowo. Autor wyłącza histeryę i udawanie, a rozpoznaje chorobę (lub lepiej »zbłąkanie« »Verirrung«) naśladowczą, do czego dzieci, a szczególniej dziewczęta, są znacznie skłonniejsze, niż dorośli. Jednak i u dorosłych zdarzają się podobne zjawiska (ziewanie, śmiech, drżenie). Leczenie polegało na zastosowaniu silnego prądu przerywanego i uciążliwego rachowania z pamięci. Oba środki, jako bardzo nieprzyjemne, stanowiły dla dzieci pobudkę do szybkiego wyzdrowienia. Wyleczenie osiągnięto też po 8—10 dniach. Autor przemawia przeciw odosobnianiu dzieci w podobnych razach, gdyż wtedy leczenie trwa znacznie dłużej: 8—10 tygodni. *Lewkowicz.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Obendorfer. **Uraz, a nowotwory.** (*Ärzt. Sachverstztg.* 1907, Nr 2). Herzfeld dowiódł na wielkim materyale statystycznym (*Zeitschr. f. Krebsforschung* Z. 1), że bez urazu, czyli bez zadrażnienia i przemieszczenia komórek, niemal nigdy nie może powstać nowotwór. Twierdzenie to jest niezmiernie doniosłe ze względu na sprawę oceny sądowo-lekarskiej przypadków nowotworu, powstałego rzekomo po wypadku, n. p. u robotnika wśród pracy. Dlatego też O. zajął się rozpatrzeniem tej sprawy na podstawie dzisiejszych naszych wiadomości o powstawaniu nowotworów. Według powszechnie uznanej teoryi Cohnheim-Ribberta powstają wszelkie nowotwory ze zbłąkanych ognisk komórkowych, a zbłąkanie to może nastąpić albo jeszcze w życiu płodowem, albo w późniejszem wskutek oderwania się pewnych komórek ze związku ze sobie podobnemi. Teorya ta nie

wyjaśnia jednak przyczyny, z powodu której przemieszczone, t. j. zbłąkane ogniska komórkowe zaczynają w pewnym czasie bujać i tworzyć właściwy nowotwór. W tej mierze na ciemną jeszcze dotąd etyologię nowotworów rzucają niejakie, acz jeszcze słabe światło badania Fischera. Zdaniem jego istnieją pewne substancye chemiczne, nazwane przez niego attrainami, które pobudzają ogniska zbłąkanych komórek do bujania nowotworowego. O. zaprzecza na podstawie dotychczasowego doświadczenia możliwości powstania nowotworu pod wpływem urazu, trafiającego prawidłowe komórki. Uraz może bowiem tylko tam wywołać nowotwór, gdzie istnieje do niego usposobienie. Zastanawiając się nad jakością urazu, zdolnego sprowadzić nowotwór, oraz nad pytaniami, kiedy wolno znawcy przyjąć związek między urazem, a nowotworem, i czy istnieje czasowe ograniczenie między chwilą urazu, a chwilą powstania nowotworu, zaznacza O. słusznie, że teren, na którym się tu poruszamy, jest czysto empiryczny, że więc odpowiedzi nasze na te pytania mogą opiewać tylko jako mniej lub więcej możliwe i prawdopodobne. O. zaleca znawcy przyjąć w sprawach o odszkodowanie z tytułu wypadku związek przyczynowy między urazem a nowotworem wtedy, jeżeli nowotwór powstał w miejscu, lub okolicy ciała, dotkniętej przez uraz i to w niedługim czasie po wypadku. Jeżeli od wypadku do pojawienia się nowotworu upłynął czas dłuższy (atoli nie dłuższy zdaniem O. nad 3—5 lat), można przyjąć związek przyczynowy tylko wtedy, jeźli od chwili urazu do chwili ujawnienia się nowotworu istniały w miejscu tem pewne chorobowe objawy i zboczenia, choćby się o nich znawca dowiedział tylko z opowiadania i skarg poszkodowanego. W końcu porusza O. pytanie, czy nowotwory mogą doznać pogorszenia w następstwie urazu. Potwierdzając je, zaleca jednak przy ocenie danego przypadku postępować ostrożnie i indywidualnie. Uraz może bezpośrednio lub pośrednio wpływać na istniejący nowotwór. N. p. uraz tępy w brzuch może wywołać pęknięcie raka jajnika i rozsianie się jego na otrzewnej, zatem bardzo znaczne pogorszenie się sprawy nowotworowej. Innym razem róża, przyłączająca się do zranienia ręki wskutek wypadku sprawia, że przerzuty rakowe w gruczołach pachowych szybko wzrastają i powiększają się. W końcu zaleca O. pamiętać, że uraz niekiedy tylko uwidacznia istniejący już przedtem nowotwór. *Wachholz.*

Bolland (dr techn.) i Franzos (dr fil.). **W sprawie otrucia fosforem.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 3). Przypadek, opisany przez B. i F., jest istonie bardzo ciekawy. Wieśniak i wieśniaczka umierają wśród objawów otrucia; sekcya stwierdza obraz otrucia fosforem. Równocześnie padła krowa i koń, jak stwierdzono, na wąglik. Badanie bakteryologiczne w kierunku wąglika dało co do dwojga zmarłych ludzi wynik niepewny, badanie chemiczne — ujemny. Ponowne badanie chemiczne zwłok, ekshumowanych po 4 miesiącach, dało metodą Mitscherlicha i Blondlot-Dussarta wynik ujemny; natomiast z destylatu Mitscherlichowskiego zdołali B. i F. przy pomocy mieszaniny magnezyowej i molibdenianu amonowego wydzielić fosforany; jednakże orzeczenia stanowczego nie wydali. Syn i synowa zmarłych przyznali się potem w śledztwie, że otruli ich trucizną na szczury. Przypadek ten dowodzi, 1) że wbrew utartemu mniemaniu zapach i smak fosforu nie udaremniają zamachu skrytobójczego, 2) że produkty rozkładu zwłok mogą uniemożliwić fosforescencyę destylującego fosforu. Autorowie poddają pod dyskusyę pytanie, czy wynik ich badania uprawniałby do stanowczego orzeczenia co do zatrucia fosforem. *C.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

W życiorysie, skreślonym przez Schlichtegrolla uderza oprócz wielu wspomnianych już szczegółów, z prawdą niezgodnych, obok przesadnego uwielbienia dla talentu autora pewna powściągliwość w określeniu tej jego strony, którą krótko zbywa mianem zmysłowości. A bliższe rozpatrzenie tej strony jego usposobienia jest tem ważniejsze, że ono tak silnie i jaskrawo przebija się w jego literackim dorobku i właśnie czyni go głośnym, przekazując jedno z jego nazwisk na określenie pewnej perwersyi płciowej.

Wedle Schlichtegrolla była Aurora Rümelin, względnie Wanda Sacher-Masoch, pierwsza jego żona tym demonem, który nietylko niszczył go materyalnie i udręczał niewiarą, lecz który wedle wspomnianej odpowiedzi samego autora obudził i podsycał w nim jego »fantazye« względnie perwersye płciowe. Zachodzi więc pytanie, czy Sacher-Masoch, kreślący w swych pismach tak jaskrawo pewnego rodzaju perwersye płciowe, sam je u siebie odczuwał, oraz czy, jeśli je odczuwał, były mu one *a priori* dane, czy też przez pierwszą jego żonę w nim obudzone?

Wychodząc z ogólnego pewnika, że poeta lub autor i to tak do tego podmiotowy, jak Sacher-Masoch, kreśli w swych pracach to, co w istocie czuje, musimy się oświadczyć za przypuszczeniem, że kreślił on perwersye płciowe dlatego, iż je w istocie odczuwał, iż był niemi dotknięty. Z pośród licznych jego powieści, nacechowanych tą perwersyą, najpierwsze miejsce zajmuje jego »Wenus we futrze«, będąca w znacznej części jego autobiografią. Powieść ta powstała jeszcze przed zapoznaniem się z pierwszą żoną, dowodzi ona zatem, że jego perwersya nie była wynikiem jej wpływu, lecz była mu *a priori* daną. Dowodu na to dostarcza sam Schlichtegroll w opisie zajścia, jakie Sacher-Masoch wrzekomo miał mieć w chłopięcym wieku z krewną swego ojca, hrabiną (?) Zenobią X... Wśród zabawy, ukrywszy się w pokoju Zenobii, był przypadkowym świadkiem jej czułej sceny z kochankiem. Za tę niezamierzoną śmiałość karze go Zenobia harapem i kopaniem, a ból doznawany sprawia mu nieopisaną rozkosz, zwłaszcza, że Zenobia ma w swych rysach coś despotycznego, a ubiera się stale we futra (?)! Odtąd czuje on nieprzeparty pociąg do Zenobii, lęka się jej, a kocha ją, czuje też odtąd pociąg do futer kobiecych; pracując już jako autor, musi spoglądać na futro kobiece, gładzić je ręką; używa papieru listowego z wizerunkiem kobiety we futrze z harapem w ręku.

Uprzytomnijmy sobie, co Sacher-Masoch, kreślący własną swą osobę w postaci Seweryna, bohatera powieści »Wenus we futrze« mówi przez usta jego o swych młodzieńczych pragnieniach i pożądaniach. Oto zeznaje, że od dziecka był już »nadzwyczaj zmysłowy«. Wcześnie już poczuł zmysłową miłość do gipsowej Wenery, zdobiącej bibliotekę ojca. Jako młodzieniec gardził miłością do kobiety, uważając to uczucie za coś nizkiego, mimo to jednak pokochał swą ciotkę, uchodzącą w rodzinie za rodzaj »Messaliny« od chwili, gdy ubrana w czerwoną aksamittną »kacabajkę« [22]), podbitą futrem, zbiła go rózgą, a następnie kazała mu się pocałować w rękę (Zenobia). Odtąd ubóstwiał swą ciotkę, a raczej jej ręce, które go biły. Pociąg do futer uważa za wrodzony u siebie, bo żywił go już jako dziecię. Pociąg ten tłómaczy wpływem elektryczności, spływającej z futra. Elektrycznością tłómaczy także »czarodziejsko - dobroczynny wpływ« kotów na przeczulonych, drażliwych ludzi. Lubił zawsze koty dla tego wpływu, a kobieta, ubrana we futro, była dlań niczem innem, jak »wielkim kotem lub wzmocnioną bateryą elektryczną«. Futra pociągały go także jako oznaka władzy i piękna. Opisy tortur i męczeństw, dzieje Libuszy, Lukrecyi Borgia i t. p. wywoływały jego zachwyt, gdyż »w cierpieniu — jak wyznaje — odczuwam dziwny urok, a nic nie może tak mojej namiętności rozbudzić, jak tyrania, okrucieństwo, a nadewszystko wiarołomstwo pięknej kobiety... dusza Nerona w ciele Fryne we futrze«.

Uwzględniwszy choćby tylko te powyżej wymienione szczegóły musimy dojść do przekonania, że u Sacher-Masocha rozwinęła się perwersya płciowa wcześnie i niezależnie od wpływu jego pierwszej żony. Z tego uzasadnionego założenia wychodząc, musimy jego niejedną, jak się on sam wyraża »fantazyę«, którą objawił w pożyciu ze swą pierwszą żoną, położyć na karb jego wcześnie rozwiniętej perwersyi płciowej.

W myśl zasady *audiatur et altera pars*, wydaje się też koniecznem zapoznać się z temi jego »fantazyami«, które drobiazgowo opisuje jego pierwsza żona w swych niedawno wydanych pamiętnikach [23]). Zestawienie szczegółów, przywiedzionych przez żonę autora, z tem, co wiemy od niego samego i jego wielbiciela Schlichtegrolla, umożliwi nam z jednej strony ocenić istotną wartość tych zeznań żony, z drugiej strony zaś przyczyni

[22]) Słowa tego nieznanego ani Lindemu (Słownik. Lwów 1855) ani Ł. Gołębiowskiemu (Ubiory w Polszcze. Warszawa 1830) używa stale na określenie wolnego kaftana kobiecego, stanowiącego jego zdaniem część narodowego stroju kobiety polskiej i ruskiej. Warszawski »Słownik« Karłowicza, Kryńskiego i Niedźwieckiego (1902) podaje wyraz »kacabaj, kacabaja, kacabajka«, jako wyraz gwarowy, oznaczający »górne ubranie kobiece, rodzaj mantylki; katanka, kaftan watowany kobiecy, szubka«, wyprowadzając go z niemieckiego »Kutzboi« (gwarowego) = »gruba tkanina kosmata«.

[23]) L. c.

się do tem dokładniejszego rozpatrzenia psychicznej strony Sacher-Masocha.

Pamiętniki swe zaopatrzyła »Wanda« Sacher-Masoch wiele mówiącym wyjątkiem z Fausta: »Mrowie, dawno nieznane ogarnia mnie mrowie, ogarnia mnie cały wszechból człowieczeństwa«. I przyznać trzeba, że czytając te smutne karty z życia, czuje się żal i odrazę do ich bohatera, jeźli się nań nie spogląda okiem lekarza.

Autorka pamiętników poznała swego męża drogą listów, pisanych doń zrazu bezimiennie i w tonie odpowiednim jego pożądaniu, dodaje jednak, że autorką tych listów była niejaka Frischauerowa, zaś ona przyjęła tylko na siebie odpowiedzialność za ich treść. Po listach nastąpiły schadzki, potem oddanie się autorki swemu przyszłemu mężowi, poród dziecka, które wkrótce zmarło, wreszcie dopiero legalne zawarcie małżeństwa. Przez cały czas obopólnego pożycia staczała ona ustawiczną walkę z masochicznym popędem męża, ulegając mu tylko z konieczności. I tak oddał jej mąż cały zarząd swych dochodów na podstawie pisemnego zobowiązania, mocą którego oświadcza, że odtąd ona jest jego władczynią, a on jej niewolnikiem. Gdy wskutek nieprzychylnych krytyk niemieckich, potępiających jego jednostronność w przedstawianiu kobiet surowych i okrutnych, tyranizujących mężczyznę z niemi związanego stosunkiem męża lub kochanka, prosiła go, aby zmienił w przyszłości usposobienie swych bohaterek przez wzgląd na zagrożoną poczytność jego pism, przyrzekł jej uczynić tę ofiarę w zamian za inną z jej strony, t. j. za zobowiązanie się jej do znęcania się nad nim, biczowania go i t. d. Z zamiłowania do futer zakupywał je dla niej, ubierał ją w fantastyczne, bogato futrami bramowane stroje, w które przyozdabiał także inne kobiety jak np. służące domu lub akuszerkę w chwili podejmowanych z nimi zapasów lub dziwacznych zabaw w zbójcę i żandarmów. Rozkoszą dlań było uledz przewadze tych kobiet; skrępowany przez nie, jako wrzekomy jeniec, prosił je, by go bezlitośnie biczowały. Niewłaściwy dobór kobiet do wymienionych zabaw sprawiał, że o zabawach tych rychło się wszyscy dowiadywali i z tego powodu stał się niemożliwy dalszy ich pobyt w Brucku. Popęd jego do poddawania się przewadze i tyranii kobiety doszedł do tego stopnia, że trapiony bolem zęba zgodził się na zabieg usunięcia chorego zęba tylko pod warunkiem, iż żona przybrana we futro, będzie w czasie zabiegu spoglądać nań srogo. Po wykonanym w takich warunkach zabiegu przyznał się, iż usunięcie zęba sprawiło mu tak wielką rozkosz, że chętnie zgodziłby się na wyrwanie wszystkich zębów, lecz tylko pod okrutnem jej spojrzeniem. Największem życzeniem jego było, aby ona podobnie, jak bohaterka jego »Wenus we futrze«, stała się wiarołomną i nawiązała z jakimkolwiek mężczyzną stosunek cudzołożny. W tym celu złożył w jej ręce pisemne oświadczenie, iż zrzeka się z góry prawa dochodzenia swej krzywdy i hańby, stąd dlań wynikającej. Oporność jej staje na przeszkodzie, iż nie dochodzi do takiego stosunku z wielu znajomymi i przyjaciółmi, którym w objęcia pragnął ją rzucić. Poszukuje dla niej kochanka drogą inseratów, zniewala ją do schadzek, listów miłosnych, lecz zrazu nadaremnie. Zgniewany jej niechęcią i odmową, zarzuca wszelką pracę i pogrąża przez bezczynność siebie, ją i troje dzieci w nędzę w czasie pobytu w Peszcie. Wszelkie prośby z jej strony, by podjął pracę i zdobył dla rodziny swej utrzymanie, nie odnoszą skutku. Odpowiedź jego brzmi stale, aby się oddała wynalezionemu przezeń kochankowi, Aleksandrowi Grossowi. Nędza, *vis major*, czyni ją uległą; on przejęty najwyższą rozkoszą, pomaga jej jak niewolnik w ubieraniu się i otwiera drzwi, wiodące do pokoju, w którym czeka ją kochanek i hańba. Ten przymus i pogwałcenie jej czci, jako kobiety i matki, przekonały ją, że to, co dotąd uważała u swego męża tylko za fantazyę poety, było tylko zmysłowością nizką i egoizmem. Odtąd straciła doń resztę przywiązania i pchnięta przezeń później w objęcia Rosenthala, wolała raczej pozostać czasową tegoż metresą, niż dzielić dalej nędzny los z swym mężem. (C. d. n.)

Kronika historyczna na luty.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. lutego 1747 r. urodził się w Lesznie w W. Ks. Poznańskiem Jerzy Chrystyan Arnold. Ukończył medycynę w Lipsku, poczem praktykował w Poznaniu i w Lesznie, a od roku 1777 w Warszawie, gdzie został nadwornym lekarzem króla Stanisława Augusta i prezesem Wydziału lekarskiego przy Towarzystwie Przyjaciół Nauk. Ogłosił szereg prac z fizyologii, położnictwa i historyi medycyny w Polsce; zmarł 1827 r.

4. lutego 856 r. umarł Hrabanus Maurus, mnich zakonu Benedyktynów, typowy przedstawiciel klasztornej medycyny średniowiecznej. Urodzony 780 roku w Moguncyi — stąd nazwany też Magnentius, — nauki pobierał w Fuldzie, gdzie potem (822 r.) został opatem, zaś w r. 847 zasiadł na stolicy arcybiskupstwa mogunckiego. Jeden z najuczeńszych mnichów, zarządził systematyczne przepisywanie dzieł starożytnych klasyków dla bibliotek klasztornych i w wielu względach zreformował ówczesne szkoły. Sam napisał obszerne dzieło w 22 księgach p. t.: »*Physica s. Liber ethymologiarum*«, będące encyklopedycznym zbiorem współczesnych wiadomości o człowieku, zwierzętach, medycynie, minerałach, magii etc; wogóle o wszystkich znanych wtedy zjawiskach przyrody.

7. lutego 1887 r. umarł słynny położnik i ginekolog Karol Schroeder. Urodzony 11. września 1838 roku w Neustrelitz (Meklenburg) nauki pobierał w Rostocku i Würzburgu, poczem 1864 został asystentem Veita w Bonn, 1868 r. profesorem nadzwyczajnym, w rok potem zwyczajnym w Erlangen, a 1876 objął po Martinie katedrę ginekologii i położnictwa w Berlinie. Uchodzi słusznie za jednego z najwybitniejszych reformatorów nowoczesnej nauki o chorobach kobiecych, do której wprowadził wiele nowości (postępowanie przeciwgnilne) i za niezrównanego mistrza w operacyach. Prócz wielu prac mniejszych, wydał podręczniki położniczy i chorób kobiecych, napisane zwięźle i nadzwyczaj jasno i stanowiące znakomite książki do nauki.

9. lutego 1791 r. urodził się w Limoge Leon Jan Cruveilhier. Mianowany 1835 r. pierwszym wogóle profesorem anatomii patologicznej w Paryżu, przyczynił się głównie do obalenia błędnej doktryny Broussaisego o zapaleniu, jako ostatecznej przyczynie wszystkich chorób i jego do tego naciągniętej terapii. Prócz wielu prac, między temi wybitnej pracy o krzepnięciu krwi, napisał podręcznik anatomii patologicznej, kładąc podwaliny dla nauki tej we Francyi. Umarł 10 marca 1874 r.

10. lutego 1878 r. umiera w Paryżu Claude Bernard, najgłośniejszy przedstawiciel nowej szkoły fizyologicznej, znakomity eksperymentator i autor słynnych dzieł. Urodził się w St. Julien 1813 r., nauki lekarskie pobierał w Paryżu i tutaj został profesorem uniwersytetu 1854 r., a w rok potem objął katedrę fizyologii doświadczalnej w »Collège de France«. Za Napoleona III. zasiadł w senacie. Z mnóstwa prac naukowych i odkryć pierwsze miejsce zajmują badania nad trawieniem, nad śliną, krążeniem krwi, oddychaniem, czynnościami trzustki, wątroby, nerwu współczulnego, nad ciepłem zwierzęcem, cukrzycą, którą zdołał wywołać u zwierząt doświadczalnie przez uraz pewnej części mózgu.

12. lutego 1404 roku pierwsza publiczna »Anatomia« we Wiedniu. Zanim sekcye zwłok weszły w ciągu XVIII. stulecia w zakres systematycznej nauki anatomii, odbywały się w wiekach średnich tak zwane »anatomie«, czyli publiczne sekcye zwłok, na które jako na bardzo rzadkie i ciekawe widowisko zapraszano wybitnych obywateli i dostojników ze sfer pozalekarskich. Udział publiczności bywał tak wielki, że nieraz sekcye robić musiano na obszernym placu pod gołem niebem, aby tylko ciekawość wszystkich zaspokoić. Podczas tego profesor wykładał teoretycznie, nie dotykając się nawet zwłok, a sekcyę robił według jego wskazówek cyrulik, uważano bowiem krajanie zwłok za coś ubliżającego godności doktora. Przesąd ten przełamał dopiero Vesal (ur. 1515 † 1564), który pierwszy z doktorów zaczął sam sekcyonować zwłoki na takich publicznych anatomiach w Paryżu i odtąd już lekarze i profesorowie poszli za jego przykładem. Sekcya taka trwała zwykle 4 dni, odbywała się najczęściej w okresie świąt Bożego Narodzenia lub w poście, wogóle w chłodniejszej porze roku. Najpierw otwierano jamę brzuszną, potem klatkę piersiową, następnie czaszkę, w końcu krajano kończyny, oglądając mięśnie, naczynia i nerwy.

15. lutego 1755 r. urodził się w Veruziers w Szampanii Jan Mikołaj Corvisart des Marest, pierwszy profesor kliniki lekarskiej, założonej w Paryżu 1794 r. Imię jego przeszło do historyi, jako ulubionego przybocznego lekarza Napoleona I., któremu towarzyszył w tryumfalnym pochodzie wzdłuż i wszerz Europy. W historyi zaś medycyny upamiętnił się przez wydobycie z pyłu zapomnienia dzieła Auenbruggera, napisanego 1761 r. p. t.: »*Inventum novum etc...*«, opisującego sposoby opukiwania klatki piersiowej. Corvisart umarł 18. września 1821 roku, a dzieło jego, które właściwie dopiero ugruntowało metodę opu-

kiwania i podało lekarzom niczem do dziś nie zastąpiony środek badania, nosi tytuł: »*Nouvelle méthode pour raiconnaitre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavite*« (Paryż 1808).

15. lutego 1880 r. umiera w Krakowie Aleksander Kremer. Urodzony 10. listopada 1813 r. w Krakowie, tutaj uczęszczał do szkół i na medycynę. Po doktoracie w 1837 roku odbywa dwuletnią podróż naukową za granicę, zwiedzając wszystkie głośniejsze uniwersytety: w Niemczech, we Włoszech, w Paryżu i Londynie. Powróciwszy do Krakowa 1839 r., wprowadza nową metodę badania klinicznego zapomocą opukiwania i osłuchiwania, która, rozpowszechniona już za granicą, u nas była jeszcze prawie nieznana; ogłasza też o tem pracę p. t.: »O zastosowaniu słuchu do rozpoznawania chorób« (Kraków 1841). W r. 1842 przenosi się do Kamieńca Podolskiego i tam wraz z Adryanem Baranieckim i Antonim Józefem Rolle zawiązuje Towarzystwo lekarzy podolskich, którego pierwszym zostaje prezesem. Dopiero 1864 r. wraca na stałe do Krakowa, zakłada 1866 r. Towarzystwo lekarskie krakowskie, zostaje jego pierwszym prezesem, wydaje wspólnie ze Skoblem »Słowniczek łacińsko-polski wyrazów lekarskich« (Kraków 1868), a później jako członek komisyi terminologicznej obok Oettingera i Janikowskiego, zbiera materyały i przygotowuje opracowanie dużego »Słownika terminologii lekarskiej« wydanego w r. 1881, który aż do niedawnych czasów był jedynym polskim. Nadto pisze bardzo wiele rozpraw i tłómaczy obce dzieła. Wśród tych licznych zajęć oddaje się z całem poświęceniem pracy obywatelskiej, działając czynnie we wszystkich instytucyach dobroczynnych miasta Krakowa.

19. lutego 1473 r. urodził się w Toruniu Mikołaj Kopernik. Uczył się astronomii w Krakowie, poczem kształcił się we Włoszech, gdzie 1503 roku uzyskał doktorat prawa kościelnego w Ferrarze, a 1505 roku stopień doktora medycyny w Padwie. Wśród tego mianowany 1497 r. kanonikiem Frauenburskim. Nieśmiertelne jego dzieło nosi tytuł: »*De revolutionibus orbium coelestium*« (Norymberga 1543). Umarł 1543 roku.

22. lutego 1586 r. ogłasza Gaspard Tagliacozzi (ur. 1546, † 1599), profesor anatomii i chirurgii w Bolonii, swoją metodę plastyki nosa ze skóry ramienia (metoda włoska). Sposób ten znalazł z początku mało naśladowców, a w ciągu XVII. i XVIII. wieku poszedł nawet w zapomnienie, zwłaszcza, gdy dowiedziano się, że w Indyach robią już dawno operacyę tę, przeszczepiając płat z czoła. Metodę indyjską ulepszył mistrz operacyi plastycznych Dieffenbach (ur. 1794, † 1847), oddając jednak w przypadkach, gdy użycie jej było zbyt trudnem, pierwszeństwo metodzie włoskiej Tagliacozziego, którą nieco zmienił i w ten sposób przypomniał ją znów i rozpowszechnił.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XX. Posiedzenie naukowe z dn. 30 listopada 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 47. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I) Kol. Schneider przedstawił 74-letnią chorą z oddziału wewn. (prym. kol. Ehrlich) szpitala izraelickiego, u której stwierdzono zbiór objawów, znanych pod nazwą choroby Adams-Stokesa. Obok objawów podmiotowych, mianowicie częstych zawrotów głowy, bicia serca, daje się u niej stwierdzić bradykardya i oddychanie Cheyne-Stokesa. Dokładniejsze badanie czynności serca stwierdza dysocyacyę pomiędzy komorą a przedsionkiem (t. zw. Herzblock), gdy bowiem liczba tętna wynosi 28 — 31 uderzeń na minutę, możemy się przekonać, że tętnienie żylne, widoczne dobrze nad obojczykiem i wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, jest trzykroć liczniejsze. (Prelegent okazuje krzywe tętna tętnicy sprychowej, zdjęte równocześnie z krzywemi tętna żyły szyjnej wewnętrznej). Przy tej sposobności daje prelegent krótki pogląd na historyę tego cierpienia, jakoteż na rozwój pojęć o dysocyacyi sercowej, do której wyjaśnienia posługują się badacze obecni t. zw. teoryą mięśniową (*myogen*), szczególniej od chwili odkrycia włókien mięsnych pomiędzy przegrodą komór, a prawym przedsionkiem (*Blockfasern*). I w przedstawionym przypadku, po wyłączeniu wpływu nerwu błędnego (o czem możnaby myśleć w krótkotrwałych napadach cierpienia Adams-Stokesa), po wyłączeniu także zmian w mięśniu sercowym (bo częstość zmian mięśniowych w sercu nie pozostaje w żadnym stosunku z tem rzadkiem cierpieniem), są, zdaniem prelegenta, powodem chorobliwych objawów ze strony serca najprawdopodobniej zmiany w tych właśnie włóknach komorowo-przedsionkowych. Ze względu na oddech Cheyne-Stokesa możnaby nadto przypuszczać istnienie ograniczonej miażdżycy w rdzeniu przedłużonym.

II) Kol. Franke okazuje krzywe tętna z podobnegoż przypadku choroby Adams-Stokesa (z kliniki lekarskiej). (Mężczyzna 39-letni, skarżący się na bole w okolicy wątroby, na napady utraty przytomności, u którego badanie stwierdziło przerost serca lewego, szmer rozkurczowy nad tętnicą główną, powiększenie stłumienia serca ku stronie prawej, powiększenie wątroby, tętno 26, żylne $2^1/_2$ razy częstsze).

Dyskusya. Kol. prof. Beck, przypominając, że już przed kilku miesiącami miał sposobność wyłuszczyć zapatrywania fizyologów na te zjawiska, — przestrzega ponownie przed zbyt stanowczem wypowiadaniem zdania o teoryi mięśniowej, do czego klinicyści i patologowie mają pewną pohopność pomimo, że rzecz ta przez fizyologów bynajmniej nie jest jeszcze rozstrzygniętą, a nawet niektórzy badacze wprost zaprzeczają słuszności tej teoryi. Są spostrzeżenia, poczynione na zwierzętach niższych, które dowodzą, że automatyzm serca jest pochodzenia nerwowego. Okazało się nadto, że nawet mięśnie gładkie, które uważano za bardziej jeszcze samoistne, niż mięsień sercowy, a mianowicie mięśnie gładkie jelit, swe automatyczne ruchy wykonywają tylko przy zachowaniu warstwy zawierającej splot nerwowy Auerbacha (Magnus).

III) Kol. Sołomowicz przedstawia przypadek rzekomego porażenia opuszkowego dziecięcego (*paralysis pseudobulbaris infantilis*), z klinicznego ambulatoryum chorób nerwowych (prof. Halbana). U chorej, 16-letniej dziewczyny, dziedzicznie obciążonej, stwierdzono wrodzone, prawie zupełne porażenie mięśni, unerwionych przez dolną gałązkę nerwu twarzowego, przez nerw podjęzykowy, a częściowo przez gałązkę ruchową nerwu trójdzielnego. Chora nie może wykonać żadnego ruchu ustami, ani językiem, jej mowa jest nader niewyraźną, prawie niezrozumiałą, o dźwięku nosowym dzięki porażeniu podniebienia miękkiego. Prelegent omawia rozpoznanie różniczkowe rzekomego i prawdziwego porażenia opuszkowego, zwraca uwagę na rzadkość i na ważność wczesnego rozpoznania podobnych przypadków, sądząc, że odpowiednie ćwiczenia, przeprowadzane od dzieciństwa, dałyby chorej możność lepszego porozumiewania się z otoczeniem.

Dyskusya. Kol. J. Feuerstein podnosi rzadkość podobnych przypadków. Postać, w której jak u przedstawionej chorej, kończyny były zupełnie wolne, jest, o ile mu wiadomo, nieopisaną. Przytacza przypadek z własnej praktyki, z którym spotkał się przed 4 laty. Był to chłopak 9-letni, rozwijający się prawidłowo do 3 r. życia. Po przebyciu następnie choroby gorączkowej (grypa?) zaczął dostawać drgawek, występujących połowiczo, to po jednej, to po drugiej stronie, poczem doznał obustronnego porażenia. To porażenie wszakże z czasem miało zupełnie ustąpić, tak, że kiedy się chory przedstawił mowcy, nie można było stwierdzić już żadnych zmian w kończynach. Pozostał obraz podobny, jak w przypadku, przedstawionym właśnie przez kol. Sołomowicza. Szczególną była niemożność wymówienia choćby jednego słowa, wydania choćby jednego dźwięku. Ponieważ jednak otoczenie chorego zapewniało, że dwukrotnie, w przystępie afektu wypowiedział on przecież słowo, o brzmieniu prawidłowem, nie może mowca wyłączyć istnienia histeryi obok zmian opuszkowych, jakkolwiek nie wydaje mu się nieprawdopodobnem, ażeby wypowiedzenie paru słów w przystępie afektu nie mogło należeć niejako do fizyologii przedstawionego, a tak dotąd, dzięki rzadkości, mało zbadanego cierpienia. Kol. prof. Halban również sądzi, że takie przemówienie w chwili afektu nie dowodziłoby wcale istnienia histeryi, nie jest bowiem rzadkością, iż chorzy ze zmianami mózgowemi (niemota, porażenie połowicze), przecież w afekcie coś wymieniają, jakkolwiek brzmienie słów zwykle wiele pozostawia do życzenia.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Posiedzenie administracyjne w d. 18. stycznia 1907.

Z przedstawionego przez sekretarza stałego, prof. Kučerę, dorocznego sprawozdania wynika, że Towarzystwo liczyło z końcem roku 1905 członków 182; w ciągu roku zmarło 2, (ś. p. Wernicki i Ferd. Stankiewicz), opuściło Lwów 5, zapisało się nowych 40; z końcem więc roku 1906 jest członków 215. Posiedzeń naukowych odbyło się 22; wygłoszono 21 odczytów, demonstracyi było 77. W posiedzeniach uczestniczyło średnio

po 60 członków. Nagrodę 200 K. za najlepszy wykład przyznano drowi W. Nowickiemu (»O mnogich uchyłkach jelitowych«). Doniosłym faktem jest uznanie »Tygodnika lekarskiego« za organ Towarzystwa. — Sprawozdanie skarbnika doc. Bednarskiego: Wpływy wynosiły 4987 K., które przelano do Kasy Tow. lek. galic.; wydatki administracyjne wynosiły 303,30 h. — Bibliotekarz dr Zawadzki zawiadomił, że księgozbiór porządkuje się i wkrótce wydany będzie drukiem katalog. — Po przyjęciu do wiadomości sprawozdania gospodarza (dra Festenburga) i prezesa komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa (prof. Becka), wybrano zarząd na rok 1907 (*por.* »Przegl. lek.« Nr 4, str. 43). *R.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 5 grudnia 1906.

Obecnych członków 32; przewodniczy k. doc. Rutkowski.

I. Do komitetu przedwyborczego wybrano jednomyślnie następujących kolegów: Bielańskiego, Blassberga, Godlewskiego M., Gólskiego, Habichta, Jaworowskiego, Jungera, Krzyształowicza, Kupczyka, Kwaśnickiego, Landaua Jana, Langiego, Lewkowicza, Lustgartena, Łapińskiego, Łazarskiego, Majewskiego Feliksa, Piltza, Rzegocińskiego, Schaittra, Steuermarka, Wachtla.

II. K. prof. Jaworski przedstawia i omawia następujące przypadki chorobowe:

1) Fr. P. L. Dz. 49, rolnik, l. 36, od 5 lat czuje się chorym; znaczne osłabienie, zawroty głowy, niezdolność do pracy. W klinice od 10/11 1906. Powłoki zewnętrzne szarożółte, podściółka tłuszczowa utrzymana, nad końcem serca podmuch skurczowy, wątroba na 4 palce, śledziona na 3 palce niżej łuku żebrowego, gruczoły niepowiększone, w stolcach niema ani krwi utajonej, ani pasorzytów, mocz ciemno żółty, 1·017, bez białka. Przez kilka pierwszych dni pobytu w klinice stan podgorączkowy, obecnie bez gorączki. Pierwsze badanie krwi: krwinek białych 7,000, z tego neutrochłonnych 55%, limfocytów 22%, eozynochł. 6·7%, myelocytów 15%, Hb. 20%, krwinek czerwonych 940,000 — mikrocyty, makrocyty i poikilocyty liczne, krwinki polichromatyczne, normoblasty i megaloblasty. U chorego przypuszczano z początku niedokrwistość złośliwą postępującą z przymieszką białaczkowego wyglądu krwinek białych, jak ją Leube pod nazwą *leukanaemia* opisał, i pozostawiono chorego bez swoistego leczenia, podając tylko *tra amara* z obfitem żywieniem mięsnem. Badanie krwi, co tydzień wykonywane, stwierdzało zmiany na lepsze, ilość krwinek czerw. i Hb wzmagały się, a nieprawidłowe morfotyczne postacie krwinek białych i czerwonych znikały. Polepszenie postępowało stale, chociaż żywienie mięsne zmieniono na roślinne. Dziś wynosi ilość ciałek białych 8,700, z tego neutrochł. 71·4%, limfocytów 22·1%, eozynochł. 2·8%, przejściowych 3·5%, Hb 80%, krwinek czerwonych 3,112.000, o kształtach prawidłowych, bez normo — i megaloblastów. Wejrzenie chorego jest prawie prawidłowe, śledziona niemacalna; wątroba na palec niżej łuku żebrowego. Mamy przed sobą **samowyleczenie ciężkiej niedokrwistości pierwotnej.** Takich przypadków obserwuje obecnie prelegent jeszcze dwa; w jednym z nich ilość ciałek czerwonych z ćwierć miliona doszła po kilku tygodniach do 3 milionów, a Hb z 15% do 60%.

2) Chory E. Sch. L. Dz. 14. l. 25. Przebył 1901 r. mnogie ostre zapalenie stawów, trwające 15 miesięcy, które minęło bez śladu. W r. 1903 jako żołnierz pruski wpadł przy ratowaniu do Odry, skąd w stanie nieprzytomnym został wyciągnięty. Od tego czasu choruje. Zauważył, że karkiem poruszyć nie może, następnie kręgosłup i krzyże tak zesztywniały, że się wcale zgiąć nie może, przytem miał stracić kilkanaście kilogramów na wadze. Chory wzrostu słusznego, trzyma głowę nieruchomo ku przodowi i nieco na prawo przegiętą, ruchy czynne i bierne szyi i karku niemożebne, tak samo i kręgosłupa; niektóre wyrostki ościste i poprzeczne kręgosłupa zgrubiałe i miernie tkliwe; klatka piersiowa niepodatna, twarda, nieruchoma, przy wdechu porusza się tylko przepona; mięśnie barków i grzbietu cienkie; ruchy w stawie barkowym nieupośledzone, otwieranie ust wskutek zesztywnienia stawu żuchwowego nieco utrudnione, zresztą inne stawy wolne; ucisk na nerwy potyliczne lewe sprawia ból; w sercu objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania; mocz i ciepłota prawidłowe. Przy prześwietlaniu cień kręgosłupa bardzo szeroki i mocno zaciemniony, co przemawia za skostnieniem chrząstek i więzadeł kręgowych i żebrowych. Jest to przypadek **spondylosis rhizomelica** typu, opisanego przez Bechterewa. Zachodzi tylko pytanie, czy istnieje jaki związek między przebytym gośćcem stawowym, a obecną chorobą.

3) E. S. L. dz. 67. Chłopiec l. 15. Z rodziców zdrowych i dobrze rozwiniętych, — rodzeństwo dobrze rozwinięte, brat młodszy o wiele większego wzrostu. Od 7 lat chory, choroba zaczęła się wymiotami. Chory jest niespełna na 122 cm. wysoki, kość potyliczna silnie wypuklona, czoło nizkie, powieki zgrubiałe, nos gruby, nieco zagłębiony, wargi i język nieco grubsze, wyraz twarzy 6—7 letniego dziecka (*visus infantilis*). Kończyny górne długie, sięgają do ²/₃ długości kości udowej, kościec cały bardzo drobny, przy prześwietlaniu nie okazuje zmian krzywiczych lub innych nieprawidłowości. Części płciowe bardzo małe, bez żadnego uwłosienia, jądra wielkości grochu dają się łatwo wsunąć do kanału pachwinowego, gruczoły niepowiększone, skóra blada, ziemisto szara, szyja cienka, gruczołu tarczowego wymacać nie można, wątroba i śledziona miernie powiększone. Nad całą okolicą serca silny podmuch skurczowy obok tonów. Mocz bez białka. Stolec zbitości zwyczajnej bez krwi utajonej, zawiera wyraźne ślady bilirubiny. Chory zwykle apatyczny, małomowny, odpowiada jednak dość rozsądnie na pytania, pisać umie. Badanie krwi: krwinek czerwonych: 2.016.000, Hb 26%, mikro-makro — poikilocyty, normo — i megaloblasty. Krwinek białych 4,460, neutrochł. 77·4%, limfocytów 17%, eozynochł. 0,7%, nieliczne myelocyty i przejściowe. (Chory zażywa kołaczyki tyreoidynowe). Obraz chorobowy odpowiada **nanismus infantilis athyreoplasticus.** Rozwój kośćca został powstrzymany w 7. roku życia, prawdopodobnie wskutek zaniku czynności gruczołu tarczowego, z następową ciężką niedokrwistością, którą należy również wprowadzić w związek z brakiem wewnętrznego wydzielania gruczołu tarczowego, jak to się zdarza w przypadkach *cachexia strumipriva*, a nierzadko w obrzęku śluzowatym.

Jako przeciwieństwo do poprzedniego przypadku, atyreoidyzmu, przedstawia prelegent chorego wzrostu słusznego z **hypertyreoidyzmem.** Chory od kilku miesięcy dostał bicia serca i lęku, tętno 120 i więcej, pocenia się obfite, drżenie kończyn, mierne powiększenie gruczołu tarczowego i jednostronne wytrzeszczenie (prawej) gałki ocznej; oprócz tego badanie stwierdziło zwiększenie przewodnictwa elektrycznego skóry, czyli ogóle objawy, znamionujące **chorobę Basedowa.**

4) W końcu przedstawia kol. prof. Jaworski chorego l. K. l. 37. Wdowiec, ślusarz. W rodzinie zboczeń rozwojowych nie ma, sam bezdzietny, pracuje prawą ręką, cierpi na znaczną pobudliwość nerwową i psychiczną, co dla nas obecnie nie ma znaczenia. Natomiast badanie fizyczne chorego wykrywa: uderzenie końca serca w 5-tem międzyżebrzu pod sutkiem prawym, po prawej stronie znajduje się stłumienie sercowe na przestrzeni prawidłowej, tony serca bez szmerów, po stronie prawej bardzo wyraźne. Pod stłumieniem sercowem odgłos bębenkowy, odpowiadający przestrzeni półksiężycowatej Traubego, natomiast stłumienie wątroby po stronie lewej; stłumienie odpowiadające śledzionie po stronie prawej. Objawów niedorozwoju niema. Jądra wielkości prawidłowej, znajdują się obydwa w równej wysokości, inne części płciowe i uwłosienie prawidłowe. Prześwietlanie X—promieniami potwierdza w zupełności powyższe badanie fizyczne. Mianowicie przy prześwietlaniu widać serce, leżące ukośnie w ten sposób na prawej połowie przepony, że jego koniec jest najdalej na prawo wysunięty, a podstawa przytyka do prawego brzegu mostka; cień wątroby leży po stronie lewej, a jasność żołądka po stronie prawej. Mamy więc przed sobą **zupełne odwrotne ułożenie trzew** (*situs viscerum inversus completus*), jaki się rzadko zdarza, bo zaledwie na 10,000 przypadków sekcyjnych raz jeden.

W dyskusyi zapytuje k. red. Ciechanowski, jakie znaczenie przypisuje prelegent w pierwszym przypadku obecności tak znacznej ilości leukocytów eozynochłonnych; w związku z przypadkiem drugim wspomina o preparacie, znajdującym się w zbiorach zakładu anatomii patol. U. J., co do trzeciego zaś przypadku zapytuje, czy i z jakim skutkiem podawane były przetwory gruczołu tarczowego; k. prof. Rosner omawia różne pojęcia karłowatości pod względem etyologicznym i rozpoznawczym, a prelegent udziela dodatkowych wyjaśnień.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie wyborcze d. 19 grudnia 1906.

Obecnych członków 115, przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

1) Przed przystąpieniem do wyborów zabiera głos k. prof. Klecki: Jako członek komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« poczuwa się kol. Klecki do pewnej odpowiedzialności za artykuły w »Przeglądzie« ogłaszane. Pomimo to, iż sprawę

kwalifikowania artykułów, nadesłanych do redakcyi »Przeglądu«, na posiedzeniach komisyi redakcyjnej dwukrotnie poruszał, we wrześniu r. b. kol. K. został zaskoczony ogłoszeniem bez jego wiedzy w »Przeglądzie lekarskim« artykułu p. t. »Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami«. Posiedzenie komisyi redakcyjnej zostało zwołane dopiero po ukończeniu druku rzeczonego artykułu w »Przeglądzie lekarskim«. Na tem posiedzeniu komisyi redakcyjnej kol. K. wystąpił przeciwko ogłoszeniu tego artykułu w »Przeglądzie lekarskim«, a to czyniąc następujące zarzuty: artykuł p. t. »Bakterye mleczne i t. d.« nie zawiera nic oryginalnego, jest nienaukowy; autor zaleca w tym artykule środek bakteryjny, nie nazywając, ani też nie opisując mikroba, czy też mikrobów, środek ten stanowiących, a zatem zaleca środek tajny; środek ten jest przytem opatentowany, a autor jest w stosunkach handlowych z fabryką, środek ten wyrabiającą. Na tem samem posiedzeniu komisya redakcyjna uchwaliła ogłosić w »Przeglądzie lekarskim« oświadczenie, podpisane przez wszystkich członków komisyi redakcyjnej, że artykuł p. t. »Bakterye mleczne i t. d.« został wydrukowany w »Przeglądzie lekarskim« na wyłączną odpowiedzialność autora. Od czasu powzięcia tej uchwały, t. j. od końca października, kol. K. w pracach komisyi redakcyjnej udziału nie brał. Ponieważ dotychczas uchwały tej nie wykonano, kol. K. prosi, by go nadal do komisyi redakcyjnej nie wybierano, nie chce bowiem należeć do redakcyi, która bez jego wiedzy wydrukowała artykuł taki, jak artykuł p. t. »Bakterye mleczne i t. d.«, zgoła się jego zdaniem nie kwalifikujący do czasopisma naukowego.

Kol. red. Ciechanowski w odpowiedzi stwierdza: 1) że w czasie druku artykułu p. t. »Bakterye mleczne i t. d.« kol. Klecki nie zażądał zwołania komisyi redakcyjnej; 2) że kol. Klecki odmówił napisania krytycznej odpowiedzi na ów artykuł, gdy się redaktor z polecenia komisyi redakcyjnej o to do niego zwrócił; 3) że uchwała komisyi redakcyjnej, powzięta na pierwszem po feryach posiedzeniu (27. X), została zmieniona na następnych posiedzeniach, o których kol. Klecki był zawiadamiany; 4) że kol. Klecki także o zmianie uchwały został osobno zawiadomiony; 5) że kol. Klecki ustąpienia swego z komisyi redakcyjnej aż do dnia dzisiejszego nie zgłosił.

Kol. prof. Cybulski: Wystąpienie prof. Kleckiego, jak wszyscy Panowie niewątpliwie przyznają, jest skierowane wyłącznie przeciwko mnie. Prosiłem o głos jedynie dla tego, że mowca opiera swe zarzuty na faktach, które nie są zgodne z prawdą. I tak, nasamprzód, nie jest prawdą, że laktobacylina jest środkiem opatentowanym. Takiego patentu nikt nie posiada; powtóre, ona nie jest i nie może być środkiem tajnym, ponieważ dokładnie wiadomo, skąd pochodzą bakterye, wchodzące w skład laktobacyliny i jakie są ich własności biologiczne; nadto wiadomo także, że sama laktobacylina jest wysuszoną hodowlą tych właśnie bakteryi w mleku filtrowanem; z produktów laktobacyliny każdy może wyhodować sam te bakterye. Wobec tych faktów, twierdzenie, jakoby laktobacylina była środkiem tajnym, jest według mego zdania zaprzeczeniem rzeczy dla wszystkich oczywistej. Zdanie prof. Kleckiego o wartości naukowej mego artykułu mnie bynajmniej nie wzrusza, sądzę jednakże, że zarzuty przeciwko treści tego artykułu, na podstawie przyjętego w całym świecie zwyczaju powinny były znaleźć miejsce gdzieindziej; skoro artykuł mój, według zdania prof. Kleckiego, zawierał fakty, niezgodne z dzisiejszym stanem nauki, to fakty te mogły być w sposób odpowiedni wykazane, a o ile zarzuty, przeciwko moim zapatrywaniom poczynione, byłyby słuszne i udowodnione, byłbym niewątpliwie pierwszym, któryby je uznał, ponieważ niemniej, niż prof. Kleckiemu, idzie mi także o prawdę naukową. Mój stosunek do przedsiębiorstwa jest rzeczą prywatną i wszelkie insynuacye w tym względzie uważam za rzecz najzupełniej niewłaściwą.

2) Z porządku dziennego przystąpiono do wyborów zarządu na rok 1907. Wybrani zostali: prezesem kol. prof. Rosner, wiceprezesem kol. prym. Borzęcki, sekretarzem stałym kol. prym. Zygmunt Wachtel, bibliotekarzem kol. Flis, sekretarzem dorocznym kol. Habicht, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« kol. prof. Ciechanowski, członkami komisyi redakcyjnej kol. Wojciechowski, Kwaśnicki, prof. Krzyształowicz i kol. Klecki (który po przemówieniach kk. prof. Wachholza, Ciechanowskiego, Krzyształowicza i doc. Rutkowskiego zdecydował się wybór przyjąć), członkami komisyi kontrolującej kk. Cercha i Zanietowski (senior), delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. galic. kk. prof. Bylicki i Łuszczkiewicz. Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie administracyjne z d. 8 stycznia 1907.

Obecnych 35 członków. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

1) Do protokołu z ostatniego posiedzenia zabierali głos kk. red. Ciechanowski, Surzycki, prym. Borzęcki, prof. Klecki, Kwaśnicki i prof. Rosner. Uchwalono odłożyć przyjęcie protokołu do następnego posiedzenia.

2) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie sekretarza stałego, przedstawione przez k. Wilczyńskiego w zastępstwie k. prof. Korczyńskiego:

Z końcem roku 1905 liczyło Towarzystwo członków honorowych 15, czynnych 173, korespondentów 48; z końcem roku 1906 liczba członków honorowych wynosiła 16 (w poczet ich zaliczyło Towarzystwo Dr. Wł. Biegańskiego), czynnych 171, korespondentów 52.

W miejsce k. J. Landaua, który zrzekł się godności bibliotekarza, wybrało Towarzystwo w lutym k. doc. Drobę bibliotekarzem, delegatami zaś do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich z powodu rezygnacyi dotychczasowych delegatów wybrano w czerwcu kk. Łuszczkiewicza i doc. Bylickiego we Lwowie.

Z końcem roku pożegnało Towarzystwo opuszczającego Kraków k. prof. Ludomiła Korczyńskiego, który przez wiele lat biorąc gorliwy udział w pracach Towarzystwa, w końcu obrany sekretarzem stałym, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej i członkiem komissyi redakcyjnej, położył dla Towarzystwa zasługi i zdobył sobie uznanie.

W kronice żałobnej przychodzi zapisać śmierć ś. p. k. Gwiazdomorskiego, w którym utraciło Towarzystwo długoletniego, a sprawami Towarzystwa bardzo gorąco zajmującego się członka. Piastował On po kilkakroć z rzędu godność skarbnika, a kiedy z powodu choroby zmuszony był ustąpić z urzędu, Wydział w uznaniu położonych zasług wyraził Mu szczególne uznanie w adresie dziękczynnym. Przez śmierć straciło Towarzystwo także k. Satkowskiego.

W ciągu roku odbyło Towarzystwo 21 posiedzeń zwyczajnych, z tych jedno wyborcze, jedno administracyjne. Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 28 odczytów, demonstracyi odbyło się 53. Po posiedzeniach zbierali się członkowie w salach domu kilkakrotnie na ożywionych zebraniach koleżeńskich.

W zakresie spraw administracyjnych zawarto umowę z Tow. lekarzy galicyjskich, na podstawie której »Przegląd lekarski« z dnia 1 stycznia 1907 przestał być organem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Za inicyatywą k. Biera powstała w domu Towarzystwa stała komisya higieniczna, która podzieliwszy się na kilka sekcyi wzięła sobie za zadanie badanie stosunków zdrowotnych w Galicyi zachodniej i szerzenie wiadomości o pielęgnowaniu zdrowia; przewodniczącym komisyi wybrano k. prof. Jordana, sekretarzem k. Biera.

W dniach 16 i 17 Października odbył się w domu Towarzystwa XI Wiec austryackich Izb lekarskich.

Zarząd uchwalił udzielać sali domu na posiedzenia Towarzystwa przyrodników im. Kopernika, Towarzystwu zaś lekarskiemu płockiemu ofiarował duplikaty pism lekarskich polskich, znajdujące się w bibliotece.

3) Skarbnik k. doc. Dobrowolski przedstawia sprawozdanie kasowe. Na wniosek komisyi kontrolującej udzielono skarbnikowi absolutoryum.

4) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie bibliotekarza k. doc. Droby: Utworzono komisyę biblioteczną, w której skład weszli obok bibliotekarza kk. Cybulski T., Flis, Godlewski M., Korolewicz; ustanowiono codzienne dyżury, wprowadzono rewersy i kwitaryusze, pooprawiano roczniki czasopism skompletowanych, w niekompletnych rocznikach czasopism wynotowano braki. Inwentaryzacya i odpowiednie uzupełnienie katalogu kartkowego postąpiły nieco naprzód, ale nie są jeszcze zupełne. Wprowadzono nowy regulamin biblioteczny. Z darów w książkach wymienić należy dary: Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, która jak i po inne lata obficie bibliotekę zasilała, Dr. Plucińskiego, Dr. Langiego, rodziny ś. p. Dr. Gwiazdomorskiego i Dr. Langa.

W dyskusyi k. doc. Wrzosek wnosi utworzenie osobnej komisyi biblioteczno-czytelnianej, którąby zajęła się wzbogaceniem biblioteki i czytelni. K. doc. Dobrowolski wyjaśnia, że Towarzystwo obecnie nie posiada niestety dostatecznych funduszów na te cele. K. Flis porusza sprawę pomocy dla bibliotekarza. Na wniosek k. red. Ciechanowskiego odesłano wszystkie te sprawy do zarządu Towarzystwa.

5) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie administratora »Przeglądu lekarskiego« k. Wojciechowskiego, wyrażając mu uznanie i podziękowanie.

Kol. Ciechanowski zabiera głos, jako redaktor »Przeglądu lekarskiego«, — choć to na posiedzeniach sprawozdawczych dotąd nie było w zwyczaju, — ze względu na to, że w r. z. dokonane odłączenie się Towarzystwa lek. lwowskiego od wspólnego organu Towarz. lek. krak. i Towarz. lek. gal. może bardzo w losach »Przeglądu« zaważyć, a »Przegląd« w tym właśnie roku znajdował się jeszcze w okresie próby rozszerzenia swych ram. Wskutek nadmiaru, jak na nasze stosunki, pism polskich o jednakowym typie, rozpraszają się i marnują niepotrzebnie siły i środki, pisma te nie mogą stanąć na odpowiednim poziomie, a ogół lekarzy praktycznych nie jest odpowiednio do swych potrzeb przez nie obsłużony. Powinienby wreszcie wytworzyć się organ, zaspokajający rzeczywiście potrzeby lekarzy i wypierający, gdzie to bez szkody stać się może, pisma zagraniczne. Obowiązek spróbowania, o ile to jest wykonalne, miał w pierwszym rzędzie »Przegląd«, jako pismo najstarsze, najpoczytniejsze i materyalnie stosunkowo niezależne; przy zmianie stosunków ogólnych przyjdzie może czas, że inne pismo polskie podejmie się tego zadania. Na razie próba ta, choć tylko częściowa i niezupełna, dowiodła, że reforma, o ile chodzi o odpowiednich współpracowników i zebranie koniecznego materyału, byłaby wykonalna. Wymagałaby ona jednak koniecznie większych środków materyalnych. Dałoby się i to osiągnąć przez jednoczenie się pism; a gdy niektóre pisma zaczęły do tego objawiać skłonność, starał się »Przegląd« z niemi porozumieć; jednakże poprawie stosunków tą drogą przeszkodziły różne względy miejscowe, po części istotnie ważne. W tem, co można było podjąć własnymi środkami, doszedł »Przegląd« do ostatecznych granic, a nawet poszedł poza nie; zmiana stosunku z Towarzystwem lek. lwowskiem dalszy rozwój tych usiłowań rzeczywiście poważnie utrudnia. Stanowisko swoje zaznaczył kol. C. już przed siedmiu laty przez inicyatywę do utworzenia sekcyi prasowej IX Zjazdu lek. i przyr. polsk., w której też Dr. Sterling z Łodzi przedstawiał konieczność reformy zupełnie zgodnie z poglądem kol. C., objąwszy urząd redaktora, który pojmuje jako służbę nietylko dla Towarzystwa lek. krak., ale w miarę możności dla piśmiennictwa lekarskiego polskiego w ogóle, wyłuszczył kol. C. swoje poglądy zarówno wobec niektórych pism polskich, jak i wobec Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. galic. Obecne warunki i nastrój umysłów nie rokują, by w Galicyi nastały lepsze stosunki. Natomiast w Królestwie »Stowarzyszenie lekarzy polskich« uczyniło jednem ze swych zadań reformę i jednoczenie pism i być może, że w obecnych warunkach uzyska pożądany wynik. Kol. C. uważa to za rzecz bardzo pomyślną i zgodną z jego dążeniami, choć to może nie jest nawet pośredni skutek rzuconych przez niego myśli. »Przegląd« wytrwa na obranej drodze, która, jak wskazuje uzyskane już poparcie, coprawda głównie tylko moralne — jest właściwą. Dziękując wszystkim tym, których współdziałanie pozwala »Przeglądowi« drogą tą postępować, kończy kol. C. gorącym apelem do wspólnej pracy z myślą nietylko o »Przeglądzie«, ale o piśmiennictwie peryodycznem polskiem wogóle.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie administracyi »Słownika lekarskiego«, przedstawione przez k. red. Ciechanowskiego. Towarzystwo zdołało upłacić w roku zeszłym pewną część długu za druk słownika.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie kom. przemysłowo-lekarskiej, przedstawione przez k. Korolewicza. Do komisyi oprócz przewodniczącego k. prof. Korczyńskiego, jego zastępcy k. doc. Seńkowskiego i sekretarza k. Korolewicza kooptowano na rok 1906 za zgodą Towarzystwa kk. prof. Jakubowskiego, prof. Reissa, prof. Kadera, doc. Lembergera, doc. Drobę, Biera i Buzdygana. Komisya odbyła 4 posiedzenia, z których sprawozdania będą ogłoszone osobno w »Przeglądzie lekarskim«.

8) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie komisyi higienicznej, przedstawione przez k. Biera. Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie z d. 16 stycznia 1907.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, obecnych członków 42.

1) Protokół z posiedzenia w dniu 19 XII. 1906 przyjęto.

2) Komitet proponuje mianować Dr. Heliodora Święcickiego z Poznania, b. redaktora »Nowin lekarskich«. członkiem honorowym Towarzystwa, który to wniosek uzasadnia kol. Ciechanowski.

3) Kol. prezes odczytuje dwa na posiedzeniu komitetu uchwalone wnioski: a) lekarzy wojskowych przyjmuje się na członków bez balotowania; b) lekarzy, mieszkających w pobliżu Krakowa, a należących do Tow. lek. galicyjskich przyjmuje się na członków Tow. krak. z wkładką 12 K. rocznie. Oba wnioski uchwalono.

4) W miejsce kol. Habichta, który zgłosił ustąpienie, wybrano sekretarzem dorocznym kol. Owsińskiego.

5) Przyjęto na członka kol. St. Szurka.

6) Kol. Lewkowicz wygłasza odczyt »O mongołowatości«, przedstawiając dziecko, chorobą tą dotknięte.

6) Kol. Chlumsky wykłada »O leczeniu skazy moczanowej i chorób stawów gorącem powietrzem« (rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi zabierali głos kol. Piotrowski, Cercha, Godlewski M., Surzycki i prelegent.

Sekretarz: *Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20. listopada 1906 r.

1) Dębiński mówił **„O bakteryolizie laseczników rzekomogruźliczych“.** Po wstępie historycznym opisał prelegent metodę swych własnych badań i ich wyniki, które są następujące: 1) Laseczniki rzekomogruźlicze (Rabinowicz), wstrzyknięte do otrzewnej lub pod skórę królika, szybko rozpadają się na ziarenka. 2) Surowica królika lub człowieka zdrowego, zmieszana z lasecznikami rzekomogruźliczymi, nie wytwarza bakteryolizy *in vitro.* 3) Surowica królika, uodpornionego przeciwko prątkom rzekomogruźliczym, wywołuje energiczną bakteryolizę tychże prątków. 4) Surowica gruźliczych ludzi lub zwierząt, którym wstrzyknięto laseczniki: ludzki, bydlęcy, ptasi i rybi, daje wyniki niestałe. 5) Działanie bakteryolityczne surowicy prawidłowej względem laseczników rzekomogruźliczych jest złożone i zależy od aleksyny i substancyi uczulającej. 6) Udział fagocytozy w sprawie bakteryolizy jest bardzo słaby.

2) Malinowski Feliks mówił o **niezwykłym przypadku przerzutów raka sutka w skórze.** U 60-letniej kobiety na lewym sutku występowały plamy czerwone, które następnie pokrywały się pęcherzami; te zaś w następstwie wypełniały się wyroślami. Po pęknięciu pokrywek oddzielnych pęcherzyków i zlaniu się przestrzeni zawierających wybujałości powstało olbrzymie owrzodzenie. Badanie mikroskopowe stwierdziło raka (*carcinoma colloideum myxomatodes*) w głębi sutka. Nowotwór dawał przerzuty w skórze drogą naczyń limfatycznych. M. uważa ten przypadek za chorobę Pageta i wypowiada wniosek, że zmiany na skórze przy chorobie Pageta są skutkiem przerzutów pierwotnego raka sutka. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 27. listopada 1906.

1) Korybut-Daszkiewicz opisał przypadek **zimnicy o niezwykłym przebiegu** u 2-letniego chłopca. Ten przebieg niezwykły polegał na następujących faktach: 1) Objawy zimnicy wystąpiły poraz pierwszy w listopadzie, co przemawiać może przeciw teoryi wyłącznego zakażania się przez komary lub też za możliwością istnienia długiego utajonego okresu zimnicy przed pierwszym jej napadem. 2) Typ gorączki niczem nie przypominał gorączki przy zwykłej zimnicy. Ciepłota wahała się w granicach 37° i 37·6°, wzniesienia i spadki bywały w różnych porach doby; dreszczów chory nigdy nie miewał. (We krwi znaleziono plasmodya). 3) Leczenie chininą nie skutkowało, dopiero podawanie nalewki słonecznika i wstrzykiwanie kakodylanu pod skórę wywołały spadek ciepłoty.

3) Stankiewicz Czesław opisał **przypadek ciąży zewnątrzmacicznej** i przedstawił usunięty jajowód.

3) Karwacki Leon przedstawił preparat bakteryologiczny z przypadku **meningitis streptococcica.** Zapalenie opon mózgowych rozwinęło się u dziecka po przebytej odrze. Zakażenie przeto paciorkowcowe wystąpiło jako powikłanie odrowe z prawdopodobnym punktem wyjścia z narządów oddechowych. Na preparacie zwraca uwagę wybitna fagocytoza łańcuszków paciorkowcowych.

4) Karwacki L. przedstawił preparat komórek nowotworowych z przypadku **pleuritis sarcomatosa.**

5) Dunin P. wypowiedział rzecz p. t. **„Etyologia stwardnienia tętnic“.** Prelegent, opierając się na materyale klinicznym, przenoszącym 500 spostrzeżeń i na spostrzeżeniach z praktyki prywatnej, dochodzi do wniosku, że za czynniki usposabiające do powstawania stwardnienia tętnic w pierwszym rzędzie uważać należy przymiot, dalej zaś wyskok, zatrucie nikotyną, skazę moczanową, otyłość, nadmierne odżywianie się, czynniki psychiczne, wreszcie przepracowanie się. Pewną rolę odgrywają tutaj także cierpienia zakaźne ostre.

W dyskusyi Janowski twierdzi, że biorąc ogólnie, wszystkie czynniki przyczynowe stwardnienia tętnic wywierają na tętnice swój wpływ szkodliwy w sposób jednakowy, mianowicie przez to, że wywołują mniej lub więcej stałe warunki podniesienia się ciśnienia w naczyniach, lub conajmniej podniesienia amplitudy wahań ciśnienia w nich przez wzmożenie czynności nerwów naczynioruchowych. Biorąc jednak poszczególnie przyczyny, wywołujące rzeczone podniesienie się ciśnienia w naczyniach, możnaby podzielić je na cztery grupy:

1) Zatrucia:

α) z zewnątrz ustroju:	β) z wnętrza ustroju:
a) wyskokiem,	*a*) zapalenie nerek,
b) tytoniem,	*b*) moczówka cukrowa,
c) ciężkimi metalami (ołów),	*c*) skaza moczanowa,
d) zakażeniami:	*d*) dłuższe i poważniejsze zaburzenia w trawieniu,
aa) przewlekłe (przymiot),	*e*) nadmierne odżywianie,
bb) ostre (głównie w późniejszym wieku).	*f*) złe, wadliwe odżywianie.

2) Warunki, wzmagające ciśnienie w naczyniach przez przeładowanie pracą serca:

a) stałe podniesienie ciśnienia przy otyłości,
b) przemijające, ale często się powtarzające przy przepracowaniu fizycznem,
c) przy przepracowaniu umysłowem,
d) przy częstych wzruszeniach moralnych, głównie zmartwieniach,
e) częste, nieprawidłowo silne pobudzenia płciowe.

3) Ogólna nadwrażliwość układu nerwowego, wskutek której wszystkie powyższe czynniki szkodliwe działają silniej.

4) Pewna nadwrażliwość samych naczyń, t. zw. hypotonia, dzięki której powyższe czynniki wywierają swoje działanie na naczynia szczególnie mocno lub szczególnie wcześnie.

Z powyższych przyczyn uważa J. wyskok, tytoń, zatrucie ołowiem i przymiot za bardzo częsty powód powstawania stwardnienia tętnic. Za najczęstszy powód stwardnienia naczyń J. uważa skazę moczanową w jej różnych odmianach. Zaznacza dalej, że w życiu najczęściej różne wpływy szkodliwe nawzajem się wikłają.

Zieliński Edward nie uważa za słuszne posługiwanie się wyłącznie metodą statystyczną w wykrywaniu etyologii jakiegokolwiek cierpienia. Sposób ten doprowadzić może do najdziwaczniejszych wniosków. Zdaniem mowcy dla powstania stwardnienia tętnic konieczne jest złe odżywianie samych ścian naczyń przez ich naczyńka odżywcze, miejscowe ich niedokrwienie, czego następstwem będzie częściowe obumarcie tkanki i jej zwyrodnienie, wytworzenie blizny, w końcu zwapnienie. Stąd wszelkie cierpienia ustroju, mogące wywołać długotrwałe niedokrwienie ścian naczyń krwionośnych, bywają czynnikiem etyologicznym w powstawaniu stwardnienia tętnic; czy to będą zmiany kiłowe, zamykające światło naczyń odżywczych *(vasa vasorum)*, czy zatrucie adrenaliną lub nikotyną, powodujące stały ich kurcz tylko, czy wreszcie działanie ołowiu i rtęci, zmieniające skład samej krwi. Przyjmując taki pogląd, łatwo zrozumieć można i kształt plam stwardnienia (okrągły, odpowiadający terenowi rozgałęzień naczynia) i zdarzanie się złogów wapiennych w naczyniach u małych dzieci i tak częste występowanie stwardnienia tętnic wśród proletaryatu, którego o nadmiar odżywiania posądzić nie można.

Stanisław Mutermilch wszystkie czynniki, wywołujące stwardnienie tętnic, dzieli na 3 grupy: 1) czynniki, wywołujące wzmożenie ciśnienia krwi (n. p. otyłość); 2) czynniki, działające toksycznie na układ tętniczy, przedewszystkiem na komórki śródbłonkowe naczyń resp. na naczyńka odżywcze (np. kiła); 3) czynniki, działające szkodliwie zarówno przez wpływ toksyczny, jak i przez wzmożone ciśnienie krwi (np. wyskok).

Rzętkowski wypowiada przekonanie, że t. zw. stwardnienie tętnic *(arteriosclerosis)* jest sprawą różną od miażdżycy *(atheromatosis)*. Pierwsze jest raczej pojęciem klinicznem, a polega na wzmożonem ciśnieniu w układzie tętniczym, prowadzącem do osłabienia mięśnia sercowego. Miażdżyca zaś jest pojęciem więcej anatomopatologicznem, nie klinicznem. Objawy jej kliniczne zależne są od jej siedziby, sama zaś miażdżyca jest banalnym odczynem morfologicznym błony średniej na wszelkie obrażenia jej jakiegokolwiek pochodzenia, czyto toksycznego, czy mechanicznego itp. Jedną z najczęstszych przyczyn miażdżycy jest wzmożone ciśnienie w układzie tętniczym, a także duża amplituda wahań w tem ciśnieniu. Ponieważ stwardnieniu tętnic towarzyszy najstalej wzmożone ciśnienie, przeto najpospolitszą przyczyną miażdżycy będzie stwardnienie tętnic, miażdżyca będzie więc zejściem stwardnienia. Rz. nie przypuszcza, aby przymiot sam przez się był przyczyną stwardnienia tętnic; może on być tutaj zaledwie przyczyną współdziałającą. Być może, że ciężka praca fizyczna sprzyja powstawaniu miażdżycy, ciężkie zaś wzruszenia duchowe wytwarzają stwardnienie tętnic. Okresem, w którym u kobiet rozwija się najczęściej stwardnienie tętnic, jest okres przekwitania (ustalania się *climacterium*). W tym też czasie uwydatnia się u kobiet największa skłonność do tycia. Tutaj więc i tycie i stwardnienie tętnic zależą od jakiejś jednej przyczyny, związanej może z zanikiem czynności jajników.

W odpowiedzi zaznacza Dunin, że podział Janowskiego wogóle tylko w szczegółach różni się od podanego przez niego i w niczem nie zmienia jego poglądów na etyologię stwardnienia tętnic. Ze zdaniem Zielińskiego D. zgodzić się nie może. Uznając wszelkie braki metody statystycznej, sądzi jednakże, że może ona rzucić pewne światło na etyologię niektórych cierpień. W pracy swej D. podniósł tylko te czynniki, które stwardnieniu tętnic sprzyjają, samej zaś sprawy morfologicznej tego cierpienia nie poruszał. Poglądu Rz., jakoby stwardnienie tętnic a miażdżyca były sprawami różnemi, D. nie podziela: z punktu klinicznego nie ma tu żadnych różnic. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 4 grudnia 1906.

Bregman wygłosił rzecz p. t. **„Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej"**, omawiając znaczenie tych nowotworów i podając dwa przypadki, spostrzegane klinicznie przez B., a zbadane anatomicznie przez Steinhausa. Przypadek pierwszy dotyczył 48-letniej kobiety, która przed ½ rokiem cierpiała na przejściową głuchotę, i od roku tyje. Znaleziono porażenie typu Webera: lewy nerw okoruchowy, prawe kończyny. Bezład prawych kończyn. Niedowład dolnej gałęzi prawego nerwu twarzowego, potem porażenie lewego nerwu twarzowego, również w dolnej gałęzi. Objawy opuszkowe. Zamroczenie psychiczne, przemijające podniecenie. Bole w dziedzinie pierwszej gałęzi lewego nerwu trójdzielnego. Sekcya stwierdziła nowotwór w przysadce i okolicy przysadkowej, wrastający do trzeciej komory, w części skostniały. Opona miękka na podstawie wypuklona w postaci torbieli, lewa szypułka mózgowa, lewa połowa mostu Varola i lewe pasmo wzrokowe spłaszczone. Nowotwór jest nabłonkowy, pochodzi ze skupień płaskiego nabłonka, które według Erdheima znajdują się na powierzchni przysadki i na wyrostku przysadkowym, który ciągnie się wzdłuż lejka aż do skrzyżowania nn. wzrokowych. Komórki te są pozostałością po zarodkowym przewodzie przysadkowym. — Przypadek drugi dotyczył 7-letniej dziewczynki. Po durze napady bolów głowy z wymiotami. Nadmiernie utyła; od ½ roku utrata wzroku. *Amaurosis* prawego, bardzo silna *amblyopia* lewego oka. Prosty zanik nn. wzrokowych. Niedowład lewych kończyn. Drżenie kończyn, lekki bezład przy bieganiu. Po kilku tygodniach pogorszenie: chora nie może ani stać, ani siedzieć, ani głowy utrzymać. Zez rozbieżny oka lewego. Ruch gałek ocznych ku górze zniesiony. Napady kurczów tonicznych całego ciała. Sekcya stwierdziła nowotwór torbielowaty w górnej części lejka, dochodzący do 3. komory i wodociągu Sylwiusza. Budowa nowotworu taka sama, jak w I. przypadku. Torbiel wypełniona w części ciemnozieloną masą włóknikową, zawierającą liczne złogi wapienne. Szypułki mózgowe i ciała czworacze — ścieńczałe. W ocenie klinicznej przypadków zwraca B. uwagę, że w I. przypadku pomimo cierpienia przysadki nie było akromegalii, nie może to jednakże obalić teoryi o powstawaniu akromegalii wskutek zaburzeń w troficznych czynnościach przysadki. To, że akromegalia raz występuje wyraźnie, w innych zaś razach brak jej zupełnie, tłómaczą niektórzy badacze tem, że bywa czynność nadmierna (hyperfunkcya) i niedostateczna (hypofunkcya) przysadki. Z innych zaburzeń odżywczych, zależnych od cierpienia przysadki, wspomnieć należy przedewszystkiem o otyłości, dalej idzie zatrzymanie się wzrostu ciała, niedokształt narządów płciowych, zmiany w skórze, owłosieniu, paznokciach. Znaleziono także zmiany w przysadce u karłów, u matołków, przy chorobie Basedowa i przy obrzęku śluzowatym.— Kryński, zajmując się przez szereg lat sprawą przysadki eksperymentalnie, przekonał się o nieprzezwyciężonych prawie trudnościach w doświadczeniach na psach. Pewne światło na te zawiłe objawy rzucić może jedynie klinika. Ta nigdy nie stwierdziła zupełnie pewnej zależności akromegalii od spraw chorobowych w przysadce mózgowej. Zdaje się jednakże być pewnem, że zanik czynności przysadki przy jej przeroście wywołuje pewne zmiany przerostowe, przeważnie w kościach, zgrubienia zaś przysadki, którym towarzyszy zwiększone wydzielanie, wywołują w ustroju sprawy destrukcyjne.

Ign. L.

Posiedzenie kliniczne z dnia 11. grudnia 1906 r.

1) Janowski Wł. wygłosił odczyt p. t. **„Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy“.** Prelegent omówił różne zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, jakie widywał u chorych w najpierwszych okresach gruźlicy, i zależność ich od cierpienia głównego uzasadniał danemi statystycznemi, jak również faktem znikania owych zaburzeń przy ogólnem leczeniu dyetetyczno-klimatycznem.

W dyskusyi Bronowski przyznaje, że objawy, o których wspominał prelegent, rzeczywiście spotyka się w początkowych okresach gruźlicy, jednakże dane odsetkowe prelegenta są prawdopodobnie zbyt duże. Zalicza on tutaj sporo takich zjawisk, które zdarzają się i u ludzi zdrowych (palenie w przełyku, ciężar w dołku) i które tylko w okresie rozwijania się choroby płucnej są przez chorych spostrzegane i z cierpieniem płucnem wiązane. Br. nie sądzi, żeby ustępowanie tych objawów po leczeniu ogólnem dyetetyczno-klimatycznem można tłómaczyć tak, jak prelegent. Przytoczone przez prelegenta objawy są po większej części przyrody nerwowej, ogólne zaś wzmacniające leczenie znosi w tym kierunku nadczułość, a stąd i usuwa objawy chorobowe. — Sokołowski widzi w wywodach prelegenta potwierdzenie swych, już dawno ogłoszonych poglądów, że wiele objawów żołądkowo-kiszkowych występuje w najpierwszych okresach gruźlicy i z nią jest wyłącznie związane. — Stanisław Mutermilch sądzi, że ze statystyki prelegenta należałoby wyłączyć te przypadki niestrawności żołądkowej, w których nie było wyraźnych rzężeń wilgotnych w szczytach płuc i w których brakowało jakichkolwiek innych oznak gruźlicy (krwioplucie, gorączka), a rozpoznanie gruźlicy opierało się jedynie na nieznacznych zmianach opukowych i wysłuchowych w szczytach płucnych (zaostrzony oddech i t. p.). Często bowiem mogą objawy niestrawności być pochodzenia jedynie nerwowego lub zależeć od pierwotnych zboczeń chemizmu żołądkowego, nieznaczne zaś zmiany szczytowe mogą być wyrazem już dawno zagojonej sprawy. — Pawiński zwraca uwagę, że w wielu przypadkach wczesnej gruźlicy objawy żołądkowo-kiszkowe nie zależą od wpływu toksyn gruźliczych na czynności żołądka, jak to przypuszcza prelegent, lecz od indywidualnej pobudliwości bądźto obwodowego, bądźto ośrodkowego układu nerwowego. — Roszkowski wspomina, że opisane przez prelegenta objawy żołądkowo-kiszkowe często spotykał u dzieci starszych w pierwszych okresach gruźlicy. Nie wystarcza tu jednak samo zbadanie płuc, trzeba także zwrócić uwagę na objaw Smitha, którego obecność bardzo wcześnie wskazuje na obrzmienie gruczołów oskrzelowych, zwykle pochodzenia gruźliczego. — Grundzach często widywał zaburzenia żołądkowo-kiszkowe w pierwszych okresach gruźlicy, a zawsze w tym kierunku zwrócić powinna uwagę nieraz spotykana bladość chorych. — Karwacki zaznacza, że w wielu opisanych przypadkach prelegenta może zachodzić nie zależność przyczynowa, lecz możliwość stosunku czysto współrzędnego.

Janowski odpowiada Bronowskiemu, że liczby jego są raczej za małe, niż za duże, gdyż dawniej zbyt rzadko rozpoznawał omawiane zaburzenia u gruźliczych; Karwackiemu, że jednym z ważnych dowodów zależności objawów od gruźlicy było ich ustępowanie po leczeniu przeciwgruźliczem, gdy zwykłe leczenie żołądka i kiszek sprowadzało jedynie pogorszenie; Mutermilchowi, że chorych podobnych widuje i obecnie po wyleczeniu objawów żołądkowych i mają oni jedynie skargi i objawy cierpienia płucnego. Ponieważ wogóle zależność taka między objawami żołądkowo-kiszkowymi i początkami gruźlicy mało jest w piśmiennictwie uwzględniana, a w praktyce mało uznawana, prelegent podaje swe spostrzeżenia szerszemu ogółowi, aby ustrzedz wielu od błędnej drogi. *Ign. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w d. 5 października 1906 r.

Łazarewicz wykładał w dalszym ciągu **o pubiotomii.** Przedstawiwszy historycznie technikę operacyi, podaje mowca warunki i wskazania tego zabiegu. Miednicę należy dokładnie wymierzyć. Ograniczenie przez Stockela wskazań przy miednicach krzywiczo-płaskich do dolnej granicy 8 ctm. sprzężnej prawdziwej, a przy miednicach ogólnie ścieśnionych 8,5 ctm., uważa mowca za zbyt ciasne. Należy stwierdzić przed operacyą napewno, że płód żyje. Główka nie powinna być za duża. Lekarz-praktyk nie powinien operować przy ujściu niezupełnie rozwartem. Pubiotomia zajmuje stanowisko pośrednie między wymóżdżeniem lub rozkawałkowaniem płodu, a cięciem cesarskiem.

W dyskusyi wyraża Pomorski obawę zakażenia rany przez rozdarcie skóry przy piłowaniu kości. Operacyę z oddzieleniem okostnej stawia P. na równi z operacyą z przecięciem okostnej. Zamiast piłki Gigliego możnaby używać nożyc Dalgreen-Krausego, używanych przy trepanacyi czaszki.

Prelegent nie przesądza, czy piłka Gigliego nie zostanie wypartą przez inne narzędzia. Frank niedawno zalecał pubiotomię otwartą i przedzielanie kości zapomocą dłuta; może i nożyce Dalgreen-Krausego znajdą zastosowanie.

Posiedzenie w d. 19. października 1906 r.

Łazarewicz w dokończeniu swego wykładu **o pubiotomii** roztrząsa postępowanie położnicze po dokonanem przecięciu kości. Po pubiotomii, dokonanej ze ścisłych wskazań, wypadnie poród zawsze kończyć operacyjnie. Wybór między kleszczami, a obrotem z następowem wydobyciem (ekstrakcyą) płodu zależeć będzie od danych okoliczności. Uwalnianie rączek po obrocie przy znacznej ścieśnionych miednicach może sprawiać trudności; zaleca się więc nie ściągać tułowia do ostateczności, a uwalniać każdą rączkę z miejsca, na którem stanęła. Za dobry uważa Ł. pomysł wyczekiwania samodzielnego porodu. W przypadkach, w których może zajść potrzeba wydobycia główki następującej, zalecił Doederlein »zapobiegawcze« zakładanie piłki. Opatrunki, ustalające miednicę po ukończeniu porodu po pubiotomii, są, zdaniem Ł., zbyteczne, a nawet mogą przeszkadzać utrzymaniu stale rozszerzonej miednicy. Zdaje się, że przecięta kość łonowa zrasta się li tylko zapomocą tkanki łącznej znacznie częściej, niż się tego spodziewano. Głównego niebezpieczeństwa pubiotomii nie stanowią krwotoki, ani krwiaki, aczkolwiek są przykrem powikłaniem, lecz rozdarcia, łączące ranę kostną z pochwą i pęcherzem. — Co do rokowania, to i po uwzględnieniu nieszczęśliwych przypadków z ostatniego roku, nie jest ono dla matek gorsze, niż obliczył Kannegiesser (5.48 prc. śmiertelności). Stosunkowo częste powikłania gorączkowe po operacyi tłómaczą się spokojem, jaki operowane muszą zachowywać; wtórne przepłukanie macicy usuwa zatrzymanie odchodów połogowych, a z niem i gorączkę. Wielką zaletą pubiotomii jest, że chód po niej pozostaje prawidłowy. — W końcu dochodzi Ł. do wniosku, że pubiotomia jest nabytkiem cennym, że pomimo niektórych niepomyślnych przypadków zdoła się stale w przyszłości utrzymać, a po uproszczeniu techniki i ustaleniu wskazań wejdzie może i do praktyki prywatnej.

W dyskusyi zauważa Święcicki, że nazwa »hebotomia« jest lepsza, niż »pubiotomia« i że odpowiednią jej nazwą polską jest »cięcie przyłonowe« (jak »cięcie łonowe« = symfizyotomia). Zdaniem S. porównywać cięcia przyłonowego z łonowem dziś jeszcze nie można; drugie ma już ustaloną technikę, pierwsze jej niema; aby uzyskać tensam stopień rozszerzenia miednicy, trzebaby po cięciu przyłonowem siły trzykroć większej, niż po łonowem. Po obu operacyach należy poród pozostawić siłom przyrody; w razie koniecznej potrzeby czynnego wkroczenia zaleca S. raczej obrót, jako mniej niebezpieczny. Po cięciu przyłonowem zdarzały się bardzo ciężkie powikłania, a nawet przy dobrych ostatecznych wynikach dochodzą różne powikłania do 66 prc. Toteż zdaje się, że pubiotomia nigdy nie stanie się operacyą, wykonywaną przez lekarzy-praktyków. Rentgenizacya celem oceny wyniku pubiotomii wymaga ostrożności, bo stwierdzono szkodliwy wpływ X-promieni na narządy rodne. Pomorskiego przekonują wywody Święcickiego o wyższości wyników operacyjnych symfizyotomii nad pubiotomią. Skoro po pubiotomii najczęściej nie następuje zrost kostny, to i pod tym względem nie ma ona wyższości nad cięciem łonowem. Zdaniem P. należałoby wykonywać pubiotomię otwartą, bo aseptyka odebrała w chirurgii znaczenie operacyom podskórnym. Nawet zaś podskórna pubiotomia nie wejdzie w praktykę powszechną; bez asysty (przynajmniej do uśpienia) nie można jej przedsiębrać. Po pubiotomii należy zachowywać się wyczekująco. P. porusza myśl zastosowania pubiotomii przy miednicach prawidłowych wobec złego położenia główki, mianowicie wobec położeń twarzowych, w których bródka i w dalszym toku dąży ku kości krzyżowej. Porażenie pęcherza i zatrzymanie odchodów połogowych po operacyach tłómaczy P. uszkodzeniem zwojów nerwowych w okolicy sklepień pochwy wskutek ucisku główki. Karwowski potwierdza szkodliwy wpływ rentgenizacyi na narządy płciowe.

(Według »Nowin lek.« 1906. Nr 12). *R.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze pomocniczy szpitala krajowego we Lwowie *ogłaszają następujący komunikat:*

Dnia 25. I. 1907 odbyło się w szpitalu powszechnym we Lwowie zgromadzenie lekarzy pomocniczych, na którem był obecny również kol. Kwiatkowski, jako delegat lekarzy pomocniczych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Na zgromadzeniu tem uchwalono, solidaryzując się zupełnie z kolegami krakowskimi, zwrócić się jeszcze raz do Sejmu z postulatami w sprawie poprawy bytu, domagając się, jak w poprzednich petycyach: 1) pomnożenia liczby sekundaryuszy I klasy i sekundaryuszy II klasy do liczby oddziałów, t. j. po 10 każdej klasy; 2) unormowania poborów sekundaryuszy wedle norm, już obowiązujących w szpitalach rządowych (w Czerniowcach); 3) unormowania adjutów w ten sposób, by każdy lekarz w 2 miesiące po wstąpieniu otrzymywał adjutum w dzisiejszej wysokości z tem, że adjutum to wzrastać ma co roku o 200 koron aż do wysokości płacy sekundaryusza II klasy, ewentualnie 4) pomnożenia liczby lekarzy pomocniczych adjutowanych do 15, a mianowicie: 5 I klasy z płacą roczną 1000 koron, i 10 II klasy z płacą roczną 600 koron; 5) przyznania wszystkim lekarzom pomocniczym prawa do sześciotygodniowego urlopu dla odpoczynku rocznie. — O odpowiedź na te postulaty upraszają petenci do dnia 1 marca 1907.

W imieniu lekarzy pomocniczych krajowego szpitala powsz. we Lwowie upraszamy kolegów o solidarne poparcie naszych słusznych usiłowań otrzymania tego, co bądźto nam ustawa przyznaje, bądźto słuszność i konieczność domagać się każe.

Imieniem lekarzy pomocniczych szpitala lwowskiego:
Dr Adam Greliński.

Prezydyum państwowego Związku organizacyi lekarskich austryackich ostrzega wszystkich lekarzy w Austryi przed przyjmowaniem posady lekarza ubogich w gminie Neunkirchen w Austryi dolnej. Lekarz, któryby tę posadę przyjął, wyłącza się sam z kół lekarskich i naraża się na wszelkie tego uchybienia następstwa. Imieniem Związku: *Dr Janeczek.*

Pierwsza rocznica biernego oporu lekarzy dolnoaustryackich przypada z początkiem lutego b. r. Z tego powodu ogłaszają imieniem obu tamtejszych organizacyi lekarskich drdr Janeczek, Mayer i Nekowitsch obszerne pismo, w którem roztrząsają osiągnięte dotąd korzyści i plan postępowania w przyszłości. Jeszcze przed rokiem uważały szerokie koła wszczętą przez lekarzy dolnoaustryackich walkę za jakąś niehumanitarną, na szkodę cierpiącej ludzkości skierowaną działalność. Obecnie zdobyli już sobie walczący lekarze uznanie, że dobijając się swych słusznych praw, nie uczynili jednakże żadnej szkody chorym i nie uchybili swemu lekarskiemu powołaniu. Uznanie słuszności żądań lekarzy widoczne było też już w czasie ostatniej sesyi sejmu dolnoaustryackiego i zaznaczyło się życzliwem stanowiskiem marszałka oraz referenta spraw lekarskich, który zapowiedział zwołanie komisyi celem wypracowania nowej krajowej ustawy sanitarnej. Władze rządowe zwalczały wprawdzie wszelkiemi siłami bierny opór, ale właśnie dlatego, iż przekonały się, że bez współdziałania lekarzy gminnych niemożliwa jest wszelka statystyka sanitarna, jakoteż i działalność lekarzy rządowych w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Pomimo wynikłego stąd pogorszenia się stosunków między lekarzami rządowymi, a gminnymi, nie dali się lekarze gminni sprowokować i sameż władze rządowe wyższych instancyi nie mogły im w znacznej większości spraw spornych odmówić słuszności. Wpływ biernego oporu na samych lekarzy był nadzwyczaj korzystny, bo dzięki jemu powstało w jednym roku 19 organizacyi lekarskich w różnych krajach austryackich, a nawet oddawna ze sobą walczące dwie partye lekarzy wiedeńskich złączyły się w jedno grono organizacyjne. Powstał w końcu poważny ogólno-państwowy związek tych organizacyi. W Radzie państwa zgłoszono mnogie interpelacye w sprawach lekarzy, a minister w swych odpowiedziach uznał poprawne stanowisko walczących lekarzy gminnych. We wszystkich krajach koronnych weszła sprawa poprawienia ustaw, dotyczących krajowej służby zdrowa, na porządek dzienny, w Austryi dolnej zaś odnieśli już lekarze walne zwycięstwo w sprawie opieki lekarskiej nad podrzutkami, na której opłacenie kraj ten odtąd 120.000 kor. zamiast dotychczasowych 20.000 przeznacza. Jednakże zarząd organizacyi nie da się skusić zbyt gorączkowym nawoływaniom do ostrzejszej akcyi w postaci zbiorowego opuszczenia posad przez lekarzy gminnych; czyniąc to przedwcześnie, możnaby utracić zdobyte już lub zapowiadające się korzyści, narażając przytem niepotrzebnie byt materyalny wielu mniej zamożnych lekarzy. Zarząd organizacyi odczeka spełnienia obietnic, uczynionych na ostatniej sesyi sejmu dolnoaustr.; dopiero, gdyby w swoim czasie nie zwołano obiecanej komisyi lub w niej żądania lekarzy niedostatecznie uwzględniono, chwyci się zarząd organizacyi kolejno ostrzejszych sposobów walki, jako to: zwoła ogólny wiec lekarzy, przez co na próbę pozbawi na dzień lub dwa całą Austryę dolną dostatecznej pomocy lekarskiej, przeprowadzi podniesienie honoraryów od wszystkich chorych z wyjątkiem zupełnie niezamożnych, nakaże ściągać je niezwłocznie drogą prawną, a gdyby to wszystko nie pomogło, wówczas poddała pod uchwałę wiecu ogólno-lekarskiego gromadne opuszczenie posad przez lekarzy gminnych. *R.*

Organizacye lekarzy dolnoaustryackich postanowiły na zebraniu delegatów w d. 18. I. 1907 nie zaostrzać sposobu walki, w tej nadziei, że zapowiedziana przez wydział krajowy dolnoaustryacki komisya zadowolni żądania lekarzy; na mężów zaufania do tej komisyi wybrano dr Wolframa i Mayera. Bierny opór uchwalono utrzymać w dotychczasowej postaci i odmówić udziału w tegorocznem szczepieniu krowianki, dopóki dla lekarzy coś nie będzie uczynione; uchwalono dalej od 1. marca 1907 podnieść honorarya lekarskie w całej Austryi dolnej o 50%, uzasadniając to drożyzną i nieuwzględnieniem przez rząd i kraj wynikłego z niej pogorszenia się bytu lekarzy. *J.*

Z walki lekarzy dolnoaustryackich podaje prezes Związku państwowego, dr Janeczek, do wiadomości następujący epizod: Jeden z lekarzy gminnych wstrzyknął zapobiegawczo surowicę przeciwbłoniczą; ktoś zadenuncyował to lekarzowi rządowemu powiatowemu, który z faktu użycia surowicy wniósł, że chodziło o przypadek błonicy i pociągnął lekarza gminnego do odpowiedzialności za to, iż o tym przypadku nie doniósł. Lekarz gminny oświadczył, że niema żadnego obowiązku tłómaczyć się przed lekarzem powiatowym, dlaczego wstrzyknął surowicę, że w danym przypadku błonicy nie rozpoznawał, więc też i nie miał obowiązku o niej donosić; zarazem zwrócił uwagę lekarza powiatowego, że surowicę wstrzykuje się nietylko w celach leczniczych, ale i zapobiegawczych. Mimo to skazano lekarza gminnego na grzywnę, a rekurs jego namiestnictwo odrzuciło. Protestując przeciwko temu, żeby lekarze rządowi dolnoaustryaccy mieli podstawę orzekać o działalności lekarskiej prywatnej lekarzy praktycznych dlatego tylko, że posiadają egzamin fizykacki, przypomina dr Janeczek, że egzamin ten wcale nie chroni od popełniania grubych błędów, przytaczając jako przykład przypadek, w którym lekarz powiatowy polecił dziewczynie, zakażonej wiewiórem, pożyczyć sobie do przestrzykiwań irrygatora od położnej, narażając przez to położnice, obsługiwane przez tęż położną, na możliwość zakażenia wiewiórowego. *R.*

Stowarzyszenie gospodarcze lekarzy austryackich »imienia v. Swietena« zamierza zawiązać »Towarzystwo lek. wied. III. okręgu«. Nowe stowarzyszenie miałoby za zadanie: ułatwiać członkom przystępowanie do kas zapomogowych »Wiener med. Doctorencollegium«, przyjmowanie wkładek oszczędności i depozytów, ochronę prawną, ubezpieczenia wszelakiego rodzaju, ściąganie honoraryów, dostarczanie dobrych a tanich narzędzi, związek spożywczy, budowę schronisk dla lekarzy, leczących się w zdrojowiskach i t. d. *R.*

Do udziału w wyborach do Rady państwa wezwała swoich członków Izba lekarska wiedeńska. Powinni oni uczestniczyć w zgromadzeniach przedwyborczych, poruszać tam sprawy sanitarne i zawodu lekarskiego i starać się o to, by zarówno w komitetach przedwyborczych, jak i wśród kandydatów na posłów nie brakło lekarzy. *R.*

Zjazd felczerów z Królestwa Polskiego odbył się w Warszawie 23. I. 1907 przy udziale przeszło 150 uczestników. Obrady zagaił redaktor »Przeglądu felczerskiego« p. Szymański, przewodniczącym obrano p. Duńczyka. Uchwalono: starać się o zniesienie nazwy felczera w drodze prawodawczej, o ujęcie działalności felczerów w ramy, odpowiedniejsze duchowi nauki i dążeń społecznych, o prawo składania egzaminu, dającego dyplom lekarza-praktyka, o utworzenie dla felczerów szkoły lekarzy-praktyków, o uzyskanie dla tak ukwalifikowanych felczerów stanowisk, opuszczonych przez lekarzy z wykształceniem uniwersyteckiem. Oświadczono się dalej przeciw zniesieniu warszawskiej szkoły felczerskiej, a za rozszerzeniem jej zakresu na wzór szkoły w Mohylowie; wychowańcy takiej szkoły mieliby prawo bez matury gimnazyalnej wstępować na wydział lekarski uniwersytetu. Postanowiono zwrócić się o pomoc w sprawie utworzenia wyższej szkoły felczerskiej do »Towarzystwa kultury polskiej«. Wreszcie omówiono sprawę założenia zawodowego stowarzysze-

nia, mającego na celu obronę moralnych i materyalnych interesów felczerów, wydawnictwo organu zawodowego, pośrednictwo w wyszukiwaniu pracy, pomoc pieniężną na przypadek kalectwa, śmierci i t. d.

Zjazd felczerów, felczerek i położnych rosyjskich odbywa się 20—25. I. st. st. w Moskwie.

Położenie lekarzy we Francyi utrudnia i pogarsza, jak stwierdza »Semaine med.« (Nr 4) każda nowa ustawa, dotycząca spraw lekarskich lub higienicznych. Obecnie w projekcie ustawy o postępowaniu z obłąkanymi przemycono znowu dwa postanowienia, znacznie przekraczające właściwy jej zakres, a bardzo dla lekarzy uciążliwe, mianowicie, że lecznice prywatne (nawet i te, które nie przyjmują obłąkanych) pozostają pod nadzorem władz, bez których zezwolenia nie wolno także nikomu lecznic takich otwierać, ani niemi kierować. Dla objaśnienia dodać należy, że we Francyi wiele przedsiębiorstw nie potrzebuje zezwolenia władzy; przez te więc nowe postanowienia oddano lekarzy pod prawa wyjątkowe, traktując ich gorzej, niż np.... szynkarzy. *R.*

Ubezpieczenie robotników w Anglii rozszerzyła nowa ustawa, uchwalona z końcem r. z., dająca w przypadkach wąglika, ołowicy, rtęcicy, arsenicy, zatrucia fosforem i choroby tęgoryjcowej prawo do takiego odszkodowania, jak przy nieszczęśliwych wypadkach wśród pracy. W przypadkach tych chorób zawodowych wydaje orzeczenie »lekarski inspektor przemysłu«. *A.*

Skromna reklama. W pismach niemieckich ogłasza się »radca lekarski prof. dr Hugo, jedyny niemiecki właściciel zakładu leczniczego w Nicei«. Stowarzyszenie lekarzy niemieckich z Riviery ogłasza obecnie, że jestto wprawdzie podobno lekarz, ale ani radca lekarski, ani profesor, ani Niemiec, ani właściciel zakładu; »skromną« tę reklamę urządza sobie Rumun, niejaki Dr (?) Markus.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. do 26. stycznia 1907 doniesiono o 23 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie w mieście Lwowie 1 (stwierdzono dur plamisty u zarobnika, przybyłego z gminy podmiejskiej Zniesienie), pow. Bohorodczany (Markowa 3), Brzeżany (Dmuchawiec 1), Horodenka (Dąbki 4), Rawa (Biała 1), Tarnopol (Kutkowce 8), Złoczów (Krasnosielce 5). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. do 26. I. 1907 przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych —), krztuśca 3, płonicy 9, odry 11, duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 3 (1), nagminnego zapalenia opon 4 † 1 (2 † 1). *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 20. do 26. stycznia 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 3; zmarło osób 53 (obcych 19), z tego z gruźlicy 12 (3), zapalenia płuc 5 (3), błonicy 2 (2), płonicy 2 (1), duru brzusznego — (—), śmiercią gwałtowną — (—).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Posiedzenie sekcyi higieny niemowląt odbyło się we środę d. 30. I. 1907. W obradach zabierali głos: dr Bier, Landau J., Merz, Żeleński i prof. Ciechanowski.

— Posiedzenie sekcyi higieny szkolnej odbyło się we czwartek d. 31. I. 1907. Sprawę programu prac sekcyi zagaił dr Bier, poczem toczyła się ożywiona dyskusya.

— Według nadesłanego nam z Prezydyum miasta Krakowa komunikatu obradowała Komisya sanitarna miejska na posiedzeniu w d. 26. I. 1907 nad sprawą odpowiedniego, a ze względów zdrowotnych nieszkodliwego zużytkowania terenu ochronnego wodociągów na Bielanach. Po rozprawach nad referatem prof. Sikorskiego, w których uczestniczyli prof. Domański, Nowak, Pareński i doc. Seńkowski, uznano za najodpowiedniejsze utworzenie na terenie ochronnym łąk i wikliny, przyczem do nawożenia mogą być użyte tylko nawozy sztuczne; przed nawożeniem ma zarząd wodociągu zasięgać za każdym razem opinii fizyka miejskiego co do jakości użyć się mających nawozów. Na wniosek prof. Domańskiego uchwaliła komisya dokonać rewizyi swego statutu, powierzając referat dr Schaittrowi, oraz przeprowadzić próby odkażania autanem.

Na temże posiedzeniu ukończyła Komisya sanitarna nareszcie obrady nad nowemi instrukcyami dla lekarzy miejskich. Nad przedmiotem tym zastanawiać się jednak jeszcze będzie Magistrat, a potem Rada miejska. Następnie zostaną te instrukcye przesłane Namiestnictwu i będą zapewne przedmiotem obrad w Krajowej Radzie zdrowia. Lepiej późno, niż nigdy...; nareszcie po obradach, które trwały przez cały rok, jest nadzieja, że rzecz pójdzie w szybszem tempie. Reforma służby zdrowia jest dopiero pierwszą z reform, na których naglącą potrzebę wskazaliśmy w grudniu r. z. Jeżeliby na inne reformy w zakresie sanitarnym wypadło podobnie długo oczekiwać, w takim razie przyszłość nie przedstawiałaby się zbyt różowo. A szereg reform, powszechnie w kołach lekarskich za potrzebne uznawanych, jest dosyć znaczny; przypominamy tylko sprawę domu izolacyjnego, szpitala epidemicznego, zakładu Brata Alberta, domu dla kalek i starców w t. zw. ogrodzie angielskim, a wreszcie sprawę służby dezynfekcyjnej i zakładu dezynfekcyjnego. Z innych spraw tego zakresu oczekują na załatwienie sprawa pomocy dla ubogich położnic, sprawa przewozu zwłok i w ogóle postępowania ze zwłokami w przypadkach nagłych skonów i t. p. Z przedmiotem tym łączy się sprawa zapewnienia odpowiedniego materyału uniwersyteckiemu zakładowi medycyny sądowej, sprawa wystawiania zwłok w piwnicy kościelnej w śródmieściu, zawsze jeszcze niezałatwiona mimo odmiennych zapewnień prasy codziennej. Należy tu jeszcze reorganizacya szczepień publicznych i kilka innych pomniejszych spraw, o których na razie nie wspominamy. Już z tego pobieżnego zestawienia widać, że spory materyał czeka na opracowanie przez Komisyę sanitarną, a stąd wniosek, że jeżeli tylko posiedzenia jej odbywać się będą zgodnie z wymaganiem ustawy, t. j. przynajmniej raz na miesiąc, jedynie korzyść dla mieszkańców miasta z tego wyniknąć może. Gorliwa praca komisyi może zdoła wynagrodzić straty roku ubiegłego, w którym zamiast 12 odbyły się tylko cztery posiedzenia, i roku 1905, w którym odbyło się posiedzeń tylko siedem.

— Przenoszącego się na stanowisko prymaryusza Zakładu w Kulparkowie dr Torczyńskiego żegnało liczne grono lekarzy krakowskich w d. 20. I. 1907 zebraniem koleżeńskiem, na którem w serdecznych słowach przemawiali: dyr. Ponikło, prof. Wachholz i dr Uromski.

— Zarząd Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego w Krakowie składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Kostaneckiemu i Łazarskiemu za ofiarowaną na cele Biblioteki kwotę 162 K 50 h i takąż sumę na mającą powstać Bratnią Pomoc Medyków.

Za Zarząd: *Feliks Blay*, prezes.

— Sprawa lepszego pomieszczenia szpitala w Białej, znajdującego się w stanie tak złym, że o poprawie jego mowy być nie mogło, narażonego na zalewy i zawilgoconego, będzie nareszcie prawdopodobnie rozstrzygniętą. Ponieważ gmina m. Białej nie mogła ponieść ustawowego ciężaru, t. j. połowy kosztów nowych budowli, przeto ciężar ten przyjął na siebie powiat bialski, co Sejm zatwierdził uchwaleniem odpowiedniej ustawy jeszcze w r. 1903. Gdy ustawa ta nareszcie, po 3 latach, doczekała się sankcyi, zakupił Wydział krajowy grunt pod nowy szpital na terytoryum gminy Lipnik za 60.000 K.; stanie tam teraz szpital na 100 łóżek kosztem 300.000 K., z czego połowę pokryje powiat, drugą kraj zapomocą zaciągnięcia długoterminowej pożyczki, umarzanej z taks szpitalnych. Pożyczkę tę ma uchwalić Sejm w sesyi tegorocznej.

— Asanizacyę miasta przez zaprowadzenie wodociągów i kanalizacyi uchwaliła 24. I. b. r. rada miejska w Bochni.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 15. I. 1907 uchwalono odroczyć załatwienie podania lwowskiej Kasy chorych o założenie związkowej apteki, przedstawiono kandydata na udzielenie koncesyi na piątą aptekę w Przemyślu, wydano opinię w sprawie zmian statutu zdrojowego w Krynicy i w sprawie przyjmowania ciężarnych przez położne w mieszkaniu ich prywatnem, oraz postanowiono uczestniczyć w wystawie przyrodniczolekarskiej we Lwowie.

— Towarzystwo ginekologiczne lwowskie wybrało na r. 1907: prezesem dr Breitera, wiceprezesem dr Zawadila, sekretarzem dr Bocheńskiego, skarbnikiem dr Rapaporta.

Warszawa. Znakomity laryngolog dr T. Heryng i zaszczytnie z naukowej swej działalności znany dr Mayzel obchodzili jubileusz swej 35-letniej działalności lekarskiej. Życzeniom, które »Gazeta lek.« (Nr 2) składa obu Jubilatom, a swym wieloletnim współpracownikom, towarzyszą i nasze najszczersze życzenia, aby Im dano było jeszcze jaknajdłużej działać na pożytek społeczeństwa i chlubę nauki polskiej.

— Stosunki szpitali warszawskich uzdrowić może naprawdę tylko samorząd. Zanim się go jednak doczekają, nastąpi może już wkrótce częściowa przynajmniej poprawa obecnego stanu rzeczy przez zwinięcie osławionej »Miejskiej Rady Dobroczynności«, utworzonej w r. 1870 w celach głównie rusyfikatorskich, a oddanie szpitali w zarząd miasta. Urzędowy »Prawit. wiestnik«

ogłosił mianowicie, że prezydent ministrów Stołypin złożył radzie ministrów projekt, aby wszystkie prawa »Miejskiej Rady dobr.« do dochodów zakładów dobroczynnych, prawo pobierania podatku szpitalnego i cały zarząd szpitali i zakładów dobroczynnych, prócz prywatnych i prócz zakładu obłąkanych w Tworkach, przelać na magistrat m. Warszawy, a »Radę« i podwładne jej organa skasować, prócz inspektora szpitalnego, który odtąd będzie podwładnym prezydenta miasta. Do obrad nad sprawami szpitali i t. d. ma magistrat powoływać mieszkańców m. Warszawy, znanych z działalności filantropijnej lub znawców szpitalnictwa, oraz kuratorów szpitali.

— Na szpital św. Aleksandra i pokrewne cele zapisał zmarły niedawno biskup kielecki ks. Kuliński 1500 rb.

Z różnych stron. Na 21 wszechnicach w Niemczech zapisało się na wydziały lekarskie w półroczu zimowem 1906/7 ogółem 7219 słuchaczy (w r. z. 6080); najwięcej w Monachium — 1292 (43 kobiety), potem w Berlinie—1182, najmniej w Rostocku—99 i w Münster—63.

— Na konferencyi znawców w niemieckim »Ces. Urzędzie zdrowia« w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego, odbytej 4. I. 1907, przeważały zdania, że rzekome zwiększenie się częstości tej choroby jest prawdopodobnie tylko pozorne. Aby uzyskać w tym względzie pewniejsze dane, postanowiono w statystykach szpitalnych i wykazach przyczyn śmierci utworzyć dla tej choroby osobną rubrykę.

— Pierwszą bodaj w Europie fundacyą, przeznaczoną wyłącznie »na zwalczanie śmiertelności niemowląt«, jest legat 100.000 Mk., zapisany miastu Monachium, a mający służyć na premie dla matek, karmiących piersią, oraz na zakładanie i utrzymywanie »żłobków«.

— Przy sposobności XIV międzynarodowego zjazdu higienicznego w Berlinie we wrześniu r. b. odbędzie się wystawa higieniczna.

— Najpoważniejszy tygodnik lekarski holenderski »Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde« obchodził półwiekowy jubileusz.

— Zakładowi Pasteura w Paryżu zapisał ziemianin Audrac cały swój majątek, $1^1/_4$ miliona franków.

— W petersburskim »Instytucie medycyny doświadczalnej« otwarto klinikę chorób skórnych, zbudowaną i urządzoną kosztem kupca N. Sinjagina. Klinika obejmuje 30 łóżek; koszt budowy i fundusz na utrzymanie 10 łóżek bezpłatnych wynosi 400.000. rbs. Kierownikiem kliniki został dr Sołowjew; kierownikiem doświadczalnej pracowni kiłowej prof. Zabołotny.

Mianowani: dr D. Romanowski profesorem terapii w instytucie ks. Heleny Pawłówny w Petersburgu; dr Whitfield profesorem dermatologii w Londynie;

dr Antoni Michnik lekarzem kolejowym w IX randze z przeznaczeniem do Bochni; dr Józef Hornowski z Warszawy asystentem przy katedrze anatomii patol. we Lwowie.

Powołani: prof. Kuhnt z Królewca na katedrę okulistyki do Bonn (na miejsce Saemischa).

Zmarli: w Paryżu prof. położnictwa P. Budin; b. prof. Borlée, b. prezes belgijskiej akademii lekarskiej, w 90 r. ż.; w Hrubieszowie dr Antoni Łaniewski, wychowaniec b. akademii medyczno-chirurgicznej warszawskiej; osiadłszy przed 40 laty w Hrubieszowie był lekarzem progimnazyum, Tow. rolniczego i ordynatorem szpitala żydowskiego; dwóch pierwszych stanowisk pozbawiły go jednak władze, jako unitę; od zesłania uchroniła go tylko interwencya Chałubińskiego.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 1.*—Dr Władysław Gajkiewicz. Neugebauer: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu. Jaworski: Poród płodu półgłowego przy łożysku przodującem. — *Medycyna Nr 1—4.* Janowski: Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płuc. Korybut-Daszkiewicz: Przypadek zatrucia chininą, symulujący płonicę. Róbin: Dalsze dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością woruszków w kiszkach. Solman: Z dziedziny chirurgii żołądka w przypadkach zwężenia odźwiernika.— *Tygodnik lek. Nr 1—4.* Gluziński A.: Kilka uwag o klinicznem badaniu sprawności narządu krążenia. Sędziak: Przyczynek do kwestyi porażeń nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego pochodzenia toksycznego. Świątkiewicz: Leczenie tocznia żrącego engallolem. Szumowski: Galicya za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka. Bolland i Franzos: W sprawie otrucia fosforem. — *Głos lekarzy Nr 1—2.* Mikołajski: 1) W sprawie funduszu pensyjnego dla lekarzy okręgowych. 2) Areszty jako rozsadniki chorób zakaźnych. 3) Kodeks deontologii lekarskiej, 4) (i Lange) Tajemnica lekarska. 5) Sekcya społeczno-lekarska X. Zjazdu lek. i przyr. polsk. 6) Zasady funduszu pensyjnego dla lekarzy okręgowych. — *Kronika lekarska Nr 1—2.* Sędziak: Zaburzenia nosowo-gardzielowo-krtaniowo-uszne w przebiegu dny. Hornowski: O miękkiej konsystencyi zwyrodniałej skrobiowato śledziony u człowieka. Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.— *Nowiny lekarskie Nr 1.* Mieczkowski: O leczeniu przekrwieniem zastoinowem w chirurgii metodą Biera. Pomorski: O leczeniu w chirurgii przekrwieniem zastoinowem metodą Biera. Łazarewicz: O leczeniu zastoiną Biera w ginekologii. Karwowski: O stosowaniu metody Biera w dermatologii i urologii. Stasiński: O działaniu przekrwienia zastoinowego na oko. Dembiński: Bier w otologii. — *Krytyka lekarska Nr 1.* Kramsztyk: 1) Alkohol na wystawie higienicznej. 2) Czy jest za dużo lekarzy? Szumowski: Dwa kursa propedeutyki medycyny. Bieliński: Gabinety i muzea wydziału lek. królewskiego Uniwersytetu warszawskiego (dok.).— *Czasopismo lekarskie Nr 1.* Sterling: Obecny stan nauki o własnościach leczniczych tuberkuliny przy gruźlicy płuc. Grabowski J.: W sprawie otwarcia warszawskiej szkoły położniczej przy przytułkach miejskich.— *Przegląd higieniczny Nr 1.* Barzycki: Woda do picia i do użytku domowego w Galicyi i WKs. Krakowskiem. Pappée: Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie. — *Kronika dentystyczna Nr 1.* Friedländer: Zęby jako ważne znamię w medycynie sądowopolicyjnej. Kon: Trigemina i jej zastosowanie w dentystyce. Krakowski: O plombach porcelanowych. — *Zdrowie Nr 1.* Sokołowski: Stan obecny walki z gruźlicą w Anglii. Dobrzycki: Przyczyny niepowodzeń naszych miejscowości leczniczych w ostatnim roku. Grundzach: Kilka słów w sprawie leczenia dyetetycznego w naszych zdrojowiskach.

Redakcya otrzymała: Chlumsky: Über die funktionellen Resultate bei der Behandlung der tuberkulösen Knochen- u. Gelenkerkrankungen. »Zeits. f. orth. Chir.« XVII. Wernic: Postulaty higieny szkolnej. Warszawa, 1907. Wende i Sp.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 6. lutego o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Przedstawienie chorych. 2) Kol. prym. Borzęcki: »O leczeniu ostrego wiewióra u mężczyzn«.

Każda flaszka zaopatrzona w znaczek receptowy Tow. samopom. lek.